

ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД В ПЕРІОД РЕМІСІЇ ЯК ОЗНАКА ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

М. Є. Хоміцький

**Хоміцький
Микола Євгенович**

Запорізький державний медичний університет, 69035,
м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26
nhomitski@ukr.net; ORCID ID: 0000-0002-8622-6718

В роботі проведено кількісний та якісний аналіз особистісних характеристик у пацієнтів з шизоафективним розладом та встановлено нозоспецифічні ознаки постманіфестних патоперсонологічних трансформацій за методикою стандартизованого методу дослідження особистості. При проведенні обстеження відмічалась реакція напруження як природна відповідь на втручання у внутрішній світ особистості. Спостерігалось певне підвищення старанності, самокритичності та відвертості при обстеженні. Настрій був нестійкий, відмічалась схильність до незадоволення собою, різка зміна відношення до інших осіб під впливом швидкоплинних емоцій та обставин. Декларування активної життєвої позиції знаходилося у невідповідності до реальної поведінки. Показник за L склав $49,41 \pm 8,84$ Т-балів, що свідчить про відсутність намагань справити краще враження при обстеженні. Показник, який було отримано за шкалою F, склав $62,07 \pm 8,47$ Т-балів, що є відображенням стану дистресу, схвильованості, емоційної нестабільності, внутрішньої напруги, спричиненого внутрішніми психологічними проблемами. Показник шкали К дорівнював $55,43 \pm 8,58$ Т-балів, що свідчить про неохочість досліджених заперечувати наявність проблем та про чутливість стосовно оцінок своєї особистості та поведінки оточуючими. Наявні патоперсонологічні трансформації характеризуються ознаками різноспрямованих тенденцій компенсаторного напруження особистісних ресурсів, що підтверджується наявністю декількох помірно підвищених (65–75 Т-балів) показників окремих шкал та одночасним підвищення показників шкал як гіпостенічного (показник шкали 2 дорівнює $65,36 \pm 12,28$ Т-бали) так і гіперстенічного (показники шкал 4 та 9 склали $73,23 \pm 11,83$ та $66,05 \pm 12,02$ Т-бали відповідно) реєстрів. Використання отриманих даних сприятиме підвищенню якості діагностики та оцінки актуального стану пацієнтів з шизоафективним розладом, що дасть можливість формувати систему лікувально-реабілітаційних заходів на принципах персоналізованого підходу.

Ключові слова: шизоафективний розлад, клініка, адаптація, патоперсонологічні особливості.

Вступ

Дослідження ендогенних психозів впродовж багатьох десятиліть залишається високоактуальним завданням психіатрії, значення якого зростає з урахуванням збільшення розповсюдженості за рахунок шизоафективного розладу (ШАР) та афективних розладів (біполярний афективний розлад (БАР) та рекурентний депресивний розлад (РДР)) [1–4]. Показники соціально-

го функціонування, трудової та сімейної адаптації, які визначають рівень якості життя пацієнтів з психічними розладами, вважаються головним елементом оцінки результатів наданої психіатричної та соціально-реабілітаційної допомоги. Все більш значущим стає вивчення факторів, які призводять до стійкої дезадаптації при ендогенних психозах в станах ремісії/інтермісії [3; 4]. Численними дослідженнями доведено, що провідними

чинниками дезадаптації стають особистісні зміни та тісно пов'язані з ними невротичні та когнітивні симптоми, які виникають внаслідок ендогенних, екзогенних (психофармакологічне лікування психозу) та психогенних (за механізмами нозогенного впливу та стигматизації) факторів [1; 2-4]. Вищезазначені групи психопатологічних розладів характеризуються взаємообтяжувачим впливом та призводять до поглиблення соціальної дезадаптації навіть у випадках довготривалої ремісії ендогенного психозу. Формування інтермісії при афективних розладах та ШАР в сучасних клінічних реаліях все частіше стає виключенням з правил. Отже, ендогенні психози з епізодичним перебігом в станах ремісії характеризуються широким спектром психопатологічної симптоматики непсихотичного рівня, ядром якого є патоперсонологічні трансформації [5].

Разом з тим, в середині групи ендогенних психозів інтерес дослідників перш за все привертають шизофренія та афективні розлади. Нечисленні дослідження ШАР були присвячені вивченню клініки продуктивної симптоматики дебюту та подальших загострень психозу [2]. Питання ремісій та вивчення патоперсонології ШАР залишаються відкритим. В багатьох дослідженнях останніх десятиліть, які ставили на меті вивчення ремісій ендогенних психозів, пацієнти з ШАР включались в групи «шизофренія» або «афективні розлади», не зважаючи на те, що у МКХ-10 констатовано нозологічну самостійність захворювання.

Таким чином, дослідження особистісних характеристик при ШАР та вивчення структури і типології патоперсонологічних трансформацій нададуть інформацію, яка розширить теоретичні уявлення щодо даної нозологічної одиниці та буде використана для цілей диференційної діагностики, вибору персоналізованої схеми медикаментозної терапії та психотерапевтичної корекції з метою збереження соціальної адаптації пацієнтів.

Мета дослідження

На підґрунті результатів аналізу характеристик особистісного профілю пацієнтів з ШАР в станах ремісії/інтермісії встановити ознаки патоперсонологічних трансформацій.

Контингенти та методи. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 пацієнтів із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Контингент мав такі характеристики: середній вік пацієнтів склав $45,0 \pm 10,3$ років; розподілення за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання: від 2-х до 35 років, середній показник: $16,8 \pm 8,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці склав $28,2 \pm 7,6$ років. До моменту

обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник склав $11,9 \pm 6,8$ рази. Клінічним типом ШАР, який домінує в групі обстеження, був змішаний тип (56 осіб). У 25 пацієнтів було діагностовано маніакальний тип, а у 21 особи – депресивний тип ШАР. Обов'язковими критеріями включення до вибірки виступали наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-анамнестичний та клініко-катамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Психодіагностичним методом було досліджено особистісні характеристики за допомогою стандартизованого методу дослідження особистості (СМДО) [6].

Результати обстеження представляють собою інтегральні клінічні висновки, які отримані при аналізі числових значень окремих шкал, що дозволяє розглядати фінальні висновки методики як якісні показники. Статистичний аналіз було проведено методами клінічної, дескриптивної, математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP и SPSS 10.0.5 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення.

На етапі первинної обробки отриманих результатів в кожному окремому випадку проводилась оцінка достовірності/недостовірності отриманого результату та можливості або неможливості використання даних для подальшої узагальненої статистичної обробки. Якщо результат окремого обстеження за методикою СМДО за критеріями оцінки отриманого результату було визнано недостовірним, то його було виключено з подальшої статистичної обробки.

Загальна кількість результатів, які було визнано недостовірними, склала 21 випадок. Таким чином,

кількість пацієнтів, результати обстеження яких були визнано достовірними та використано для подальшого обчислення, дорівнювала 81.

Оцінка результатів, отриманих за шкалами оціночними шкалами (які відображають відношення до обстеження та можуть бути використані для оцінки психічного стану в цілому) L (Нещирість), F (Ненадійність) та K (Корекції) дала такі результати. Показник за L склав $49,41 \pm 8,84$ Т-балів, що свідчить про відсутність намагань справити краще враження при обстеженні. Показник, який було отримано за шкалою F, склав $62,07 \pm 8,47$ Т-балів, що є відображенням стану дистресу, схвильованості, емоційної нестабільності, внутрішньої напруги, спричиненого внутрішніми психологічними проблемами. Отриманий результат додатково може бути оцінений як намагання привернути увагу до себе та отримати допомогу та співчуття, відсутність впевненості у позитивній оцінці своєї особистості з боку суспільства. Показник шкали K дорівнював $55,43 \pm 8,58$ Т-балів, що свідчить про неохочість досліджених заперечувати наявність проблем та про чутливість стосовно оцінок своєї особистості та поведінки оточуючими.

Проведено оцінку результатів, які отримано за 10-ма основними оціночними шкалами особистісного профілю. Показник шкали 1 (Надконтроль, іпохондрія) дорівнював $59,79 \pm 11,84$ Т-балів і вказує на такі особистісні характеристики, як пильність, помисливість та тривожність з можливим формуванням занепокоєння щодо стану свого здоров'я. Показник шкали 2 (Депресія) склав $65,36 \pm 12,28$, Т-балів, що трактується як схильність до безпідставного виникнення відчуття внутрішньої напруги (внаслідок чого може виникати обмеження інтелектуальних та творчих здібностей), незадоволення собою та своїм місцем у суспільстві, що може призводити до намагання уникати окремих соціальних контактів. Результат за шкалою 3 (Емоційна лабільність, демонстративність) склав $57,91 \pm 11,09$ Т-балів і був оцінений нами як свідчення намагань привертати увагу до своїх проблем та справити враження на оточуючих, тенденція до зниження рівня вимог щодо власної поведінки зі збереженням вимог до поведінки інших. Показник контингенту за шкалою 4 (Імпульсивність) склав $73,23 \pm 11,83$ Т-бали і є відображенням наявної емоційної напруги (яка може виникати через малозначущі чинники або безпричинно), схильності до імпульсивних вчинків попри соціальні норми. В цих хворих можливі екстрапунітивні реакції та схильність до епізодичного вживання психоактивних речовин з метою зниження емоційного напруження. Результат за шкалою 5 (Маскулінність-фемінність) склав $59,20 \pm 10,40$ Т-балів,

що розцінено як невиражена тенденція до відхилення від типової для своєї статі рольової поведінки з можливим ускладненням сексуальної міжособистісної адаптації. Показник за шкалою 6 (Ригідність) дорівнював $62,63 \pm 12,12$ Т-балів і дає інформацію про недостатню гнучкість особистісних настанов, низьку конформність, схильність до проявів ворожості при соціальній взаємодії, прагнення домінувати у соціальних та міжособистісних відносинах. Також отриманий результат вказує на працелюбність, наполегливість у досягненні мети, проте такі особистісні характеристики не підтверджуються і навіть протирічать об'єктивним анамнестичним та медико-соціальним даним – значний відсоток обстежених не працюють і є інвалідами 3-ї та 2-ї груп. Показник за шкалою 7 (Тривожність) склав $61,53 \pm 10,71$ Т-бали та слугує відображенням невпевненості у собі, підвищеного рівня «базальної» тривоги з можливістю формування поведінки «уникання» та зниження самостійності і незалежності при соціальній взаємодії. Показник за шкалою 8 (Індивідуалістичність) дорівнює $68,40 \pm 12,33$ Т-балів і свідчить про наявність достатньо високого рівня індивідуалістичності (суб'єктивності) життєвих поглядів, оцінок життєвих ситуацій та підходів до реалізації своїх потреб у суспільстві. Показник шкали 9 (Оптимізм та активність) також є підвищеним ($66,05 \pm 12,02$ Т-бали) і з урахуванням анамнестичних даних обстеженого контингенту в цілому може вказувати на переоцінку власних здібностей та можливостей, що є відображенням більшою мірою лише намірів та прагнення до соціальної активності, що не знаходить своєї фактичної реалізації і не переходить у цілеспрямовану соціальну-активну поведінку в реальних умовах. Крім того, отриманий високий показник шкали 9 сприяє підсиленому віддзеркаленню проявів всіх інших особистісних характеристик, як позитивних так і негативних. Кількість Т-балів за шкалою 0 (соціальна інтраверсія) дорівнювала $55,62 \pm 8,87$, що можна розцінювати як тенденцію до соціального дистанціювання, оскільки соціальні контакти можуть підсилювати відчуття тривоги та емоційного напруження.

Отримані показники обстеження наведено на мал.1.

Середньоарифметичні показники профілів групи обстеження демонструють наявність декількох помірно підвищених (65 ± 75 Т-балів) показників окремих шкал. Такими шкалами є 2-а ($65,36 \pm 12,28$ Т-бали), 4-а ($73,23 \pm 11,83$ Т-бали), 8-а ($68,40 \pm 12,33$ Т-бали) та 9-а ($66,05 \pm 12,02$ Т-бали). Наявність у кожній групі різноспрямованих тенденцій – помірне підвищення показників шкал як гіпостенічного (шкала 2) так і гіперстенічного (шкали 4 та 9) регістрів може розцінюватись

Особистісний профіль при ШАР

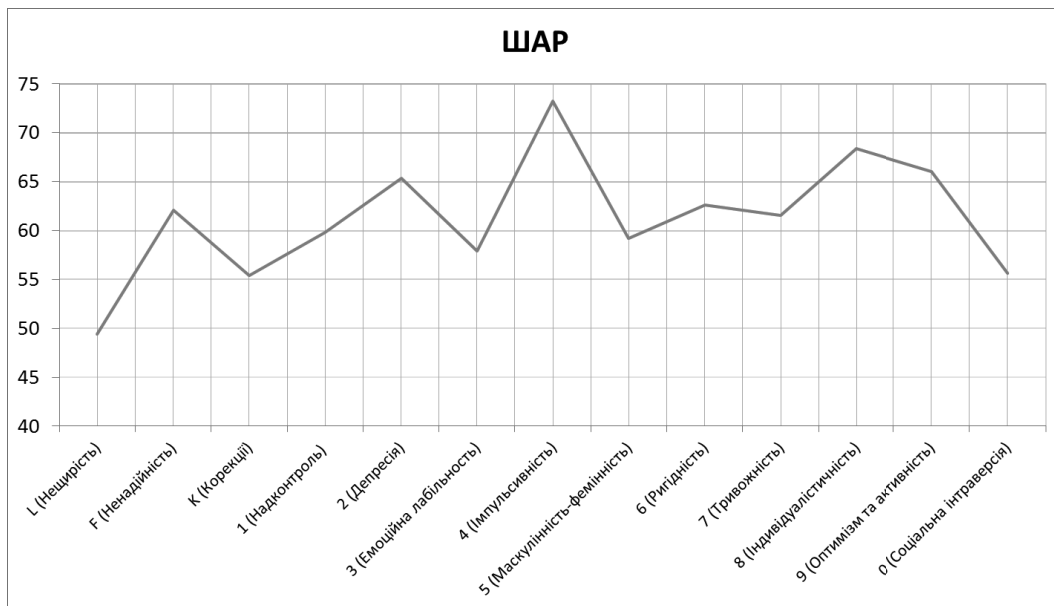


Рисунок 1

як наслідок компенсаторного напруження особистісних ресурсів та підтвердження наявності патоперсоналогічних трансформацій. Також, підвищення результату за шкалою F, яке супроводжується підвищенням профілю за шкалами 4, 6, 8 та 9, є характерним для осіб з низьким рівнем конформності та схильністю до афективних реакцій.

При оцінці отриманих результатів в цілому особистісний профіль групи обстеження має наступні характеристики. При проведенні обстеження відмічається реакція напруження як природня відповідь на втручання у внутрішній світ особистості. Спостерігалось певне підвищення старанності, самокритичності та відвертості при обстеженні. Настрій був нестійкий, відмічалась схильність до незадоволення собою, різка зміна відношення до інших осіб під впливом швидкоплинних емоцій та обставин. Декларування активної життєвої позиції знаходилося у невідповідності до реальної поведінки. Характерною була незалежність суджень з хвилюванням з приводу можливої негативної оцінки своєї поведінки з боку суспільства. Зафіксована наявність явищ нонконформізму, егоцентризму та протиставлення своїх суб'єктивних поглядів оточенню. Інтуїтивний стиль мислення з недостатньою відповідністю до реального життєвого досвіду, оригінальність мислення з елементами спирання на латентні ознаки, нездатність чітко усвідомити соціальну норму поведінки. Наявна потреба у свободі, спілкуванні, реалізації власної імпульсивності. Типові захисні механізми включали безпосереднє відреагування на поведінковому рівні, ек-

трапунітивні реакції, інтелектуалізацію, ескапізм, фантазування. Виявлена відсутність стійкості інтересів та захоплень. Може бути констатована резистентність до психотерапевтичного впливу. Згідно класичних уявлень щодо типології особистості, вищезазначені характеристики емоційно-вольової, мисленевої сфер та патернів соціальної поведінки знаходяться у значній відповідності до акцентуації за експансивно-шизоїдним типом особистості.

Висновки

Таким чином, в дослідженні встановлено особистісні характеристики у пацієнтів з ШАР в станах ремісії/інтермісії, та проведено їх кількісний та якісний аналіз. На підґрунті результатів аналізу характеристик особистісного профілю встановлено нозоспецифічні ознаки постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у хворих ШАР.

1. Значна частина (20,6%) обстеженого контингенту в цілому при обстеженні за методикою СМДО продемонструвала результати, які визнано недостовірними, що може бути свідченням зниженого рівня комплаєнсу у певної частини контингенту з ШАР.

2. Відповідно до отриманих результатів за шкалами L, F та K (склали $49,41 \pm 8,84$, $62,07 \pm 8,47$ та $55,43 \pm 8,58$ Т-балів відповідно) ставлення до обстеження основної частини контингенту з ШАР (79,4%) характеризується підвищенням старанності, самокритичності та відвертості, намаганням привернути увагу до себе та отримати допомогу та співчуття, відсутністю впевненості у позитивній оцінці своєї особистості з боку суспільства та оз-

наками дистресу, схвильованості, емоційної нестабільності, внутрішньої напруги, спричинених внутрішніми психологічними проблемами.

3. Наявні патоперсоналогічні трансформації при ШАР характеризуються ознаками різноспрямованих тенденцій компенсаторного напруження особистісних ресурсів, що підтверджується наявністю декількох помірно підвищених (65–75 Т-балів) показників окремих шкал та одночасним підвищення показників шкал як гіпостенічного (показник шкали 2 дорівнює $65,36 \pm 12,28$ Т-бали) так і гіперстенічного (показники шкал 4 та 9 склали $73,23 \pm 11,83$ та $66,05 \pm 12,02$ Т-бали відповідно) реєстрів.

4. При оцінці отриманих результатів, а саме підвищення показників 2, 4 та 9-ї в межах 65–75 Т-балів, шкал 6, 7 (60–65 Т-балів) та шкал 1, 3, 5, 0 (55–60 Т-балів) особистісний профіль при ШАР в цілому має наступні характеристики: настрої нестійкий, схильність до незадоволення собою, різка зміна відношення до інших осіб під впливом швидкоплинних емоцій та обставин; декларування активної життєвої позиції знаходиться у невідповідності до реальної поведінки; незалежність суджень з хвилюванням з приводу можливої негативної оцінки

своєї поведінки з боку суспільства; явища нонконформізму, егоцентризму та протиставлення своїх суб'єктивних поглядів оточенню; інтуїтивний стиль мислення з недостатньою відповідністю останнього до реального життєвого досвіду, оригінальність мислення з елементами спираючого на латентні ознаки, нездатність чітко усвідомити соціальну норму поведінки; потреба у свободі, спілкуванні, реалізації власної імпульсивності; типові захисні механізми включають безпосереднє відреагування на поведінковому рівні, екстрапунітивні реакції, інтелектуалізацію, ескапізм, фантазування; відсутність стійкості інтересів та захоплень. Відносна резистентність до психотерапевтичного впливів.

5. Характеристики особистісного профілю при ШАР в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. Використання отриманих даних сприятиме підвищенню якості діагностики та оцінки актуального стану пацієнтів з ШАР, що дасть можливість формувати систему лікувально-реабілітаційних заходів на принципах персоніфікованого підходу.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru et al. *Bipolar Disord.* 2016. Vol. 18(1). P. 78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366
2. Підкоритов В.С. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів / В.С. Підкоритов, С.О. Сазонов, Н.А. Байбарак // *Медична психологія*. – 2014. – Т. 9. – №3. – С. 71–77. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2014_9_3_16
3. Марута Н. О. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, О. Є. Семікіна, Г. Ю. Каленська, Д. І. Теренковський // *Український вісник психоневрології*. – 2017. – Т. 25, вип. 1. – С. 135. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135

4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство: коллективная монография / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – Москва: Медпрактика-М, 2015. – 420 с. ISBN 978-5-98803-328-8
5. Хоміцький М.Є. Психопатологічні прояви ендогенних психозів у станах ремісії / інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз) / М.Є. Хоміцький // *Запорізький медичний журнал*. – 2018. – Т. 20, № 5(110). – С. 696–700. DOI: 10.14739/2310-1210.2018.5.141541
6. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.

REFERENCES

1. Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiniello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F., & Vieta, E. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorder*, 2016, 18(1), pp 78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366
2. Pidkorytov, V. S., Sazonov, S. O., & Baybarak, N. A. (2014). Diagnostic features of schizoaffective disorder in the spectrum of affective-paranoid states. *Medychna psykholohiia*, 2014, vol 9(3), pp 71–77. [in Ukrainian]. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2014_9_3_2.
3. Maruta N.O., Pan'ko T.V., Fedchenko V.Yu., Semikina G.U., Ternkovskiy D.I. Diagnostic criteria for depressive disorders at the stages of medical care. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi*, 2017, vol 25, № 1, 135 p. [in Ukrainian]. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135

4. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. Psychosocial and cognitive therapy and rehabilitation of the mentally ill. Practical Guide: Collective Monograph. 2015, P. 420. Moscow. [in Russian]. ISBN 978-5-98803-328-8
5. Khomitskyi M. Ye. Psychopathological manifestations of endogenous psychoses in remission / intermission state as a predisposal factor to personological transformations (comparative analysis). *Zaporozhye medical journal*, 2018, vol 20, № 5(110), 696–700. [in Ukrainian]. DOI: 10.14739/2310-1210.2018.5.141541
6. Sobchik L. N. Standardized multivariate method of personality research SMIL. 2000, P. 219. St. Petersburg. [in Russian].

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОАФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ КАК ПРИЗНАК ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ

Хомицкий
Николай Евгеньевич

Запорожский государственный медицинский университет, 69035,
г. Запорожье, пр. Маяковского, 26
nhomitski@ukr.net; RCID ID: 0000-0002-8622-6718

В работе проведен количественный и качественный анализ личностных характеристик у пациентов с шизоаффективным расстройством и установлены нозоспецифические признаки постманифестных патоперсоналогических трансформаций по методике стандартизированного метода исследования личности. При проведении обследования отмечалась реакция напряжения, как естественный ответ на вмешательство во внутренний мир личности. Наблюдалось некоторое повышение исполнительности, самокритичности и открытости при обследовании. Настроение было неустойчиво, отмечалась склонность к неудовольствию собой, резкое перемена отношения к другим лицам под влиянием сиюминутных эмоций и обстоятельств. Декларирование активной жизненной позиции не соответствовало реальному поведению. Показатель по L составил $49,41 \pm 8,84$ Т-баллов, что свидетельствует об отсутствии попыток при обследовании произвести лучшее впечатление. Показатель шкалы F составил $62,07 \pm 8,47$ Т-баллов, что является отражением состояния дистресса, взволнованности, эмоциональной нестабильности, напряжения, вызванного внутренними психологическими проблемами. Показатель шкалы К равен $55,43 \pm 8,58$ Т-баллов, что свидетельствует о несклонности испытуемых отрицать наличие проблем и о чувствительности относительно оценок своей личности и поведения окружающими. Выявленные патоперсоналогические трансформации характеризуются признаками разнонаправленных тенденций компенсаторного напряжения личностных ресурсов, что подтверждается наличием нескольких умеренно повышенных ($65-75$ Т-баллов) показателей отдельных шкал и одновременным повышением показателей шкал гипостенического (показатель шкалы 2 равен $65,36 \pm 12,28$ Т балла) и гиперстенического (показатели шкал 4 и 9 составили $73,23 \pm 11,83$ и $66,05 \pm 12,02$ Т-баллов соответственно) регистров. Использование полученных данных будет способствовать повышению качества диагностики и оценки актуального состояния пациентов с шизоаффективным расстройством, что позволит формировать систему лечебно-реабилитационных мероприятий на принципах персонализированного подхода.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, клиника, адаптация, патоперсоналогические особенности.

PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE REMISSION PERIOD AS A SIGN OF POST-MANIFEST PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS

Mykola Khomitskiy

Zaporizhzhia State Medical University, Mayakovsky Avenue, 26, 69035, Zaporizhzhia
nhomitski@ukr.net; ORCID ID: 0000-0002-8622-6718

A quantitative and qualitative analysis of personality characteristics in patients with schizoaffective disorder was carried out, and nospecific signs of post-manifest pathopersonological transformations were established using the standardized method of personality research. During the survey, a stress response was observed as a natural response to interference with the inner world of the individual. There was a certain increase in diligence, self-criticism and openness in the survey. The mood was unstable, there was a tendency to dissatisfaction with themselves, a sharp change in attitude towards others under the influence of fleeting emotions and circumstances. Declaring an active life position was inconsistent with actual behavior. The L score was 49.41 ± 8.84 T points, indicating no effort to make a better impression on examination. The score obtained on the F scale was 62.07 ± 8.47 T-points, what is a reflection of the state of distress, anxiety, emotional instability caused by internal psychological problems. The K scale was 55.43 ± 8.58 T-points, indicating that the subjects did not want to deny the presence of problems and that they were sensitive about their personality and behavior. The revealed pathopersonological transformations are characterized by signs of multidirectional tendencies of compensatory tension of personal resources, which is confirmed by the presence of several moderately elevated ($65-75$ T-points) indicators of individual scales and a simultaneous increase in the hypostenic scales (scale 2 = 65.36 ± 12.28 T-points) and hypersthenic (indicators of scales 4 and 9 = 73.23 ± 11.83 and 66.05 ± 12.02 T-points, respectively) registers. The use of the obtained data will help to improve the quality of diagnosis and assessment of the current state of patients with schizoaffective disorder, which will allow the formation of a system of treatment and rehabilitation measures based on the principles of a personalized approach.

Key words: schizoaffective disorder, clinic, adaptation, pathopersonological features.