

[DOI: 10.26565/2312-5675-2020-13-04](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-04)

УДК 616.895-036.6:616.89-008]-06:159.923.3

ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ПСИХОЗИ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ)

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

Вирішення задач диференційної діагностики, лікування та соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на ендегенні психози з епізодичним перебігом, є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що обумовлено поліморфізмом та мінливістю симптоматики, зниженням або втратою критичності ставлення до хвороби, явищами істинного та терапевтичного патоморфозу, важкими соціальними та економічними наслідками.

Мета дослідження - на підґрунті результатів порівняльного аналізу характеристик особистісного профілю встановити ознаки та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсонологічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективним розладом та афективними розладами в станах ремісії/інтермісії.

В дослідженні вивчено особистісні характеристики при ендегенних психозах з епізодичним перебігом в станах ремісії/інтермісії, та встановлено ознаки та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсонологічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективному розладі та афективних розладах. 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 (2-а та 7-а шкали) так і гіперстенічного (4-а та 9-а шкали) реєстрів. При шизоафективному розладі такими шкалами є 2-а (65,36±12,28 Т-бали), 4-а (73,23±11,83 Т-бали), 8-а (68,40±12,33 Т-бали) та 9-а (66,05±12,02 Т-бали); при афективних розладах – це 2-а, 4-а та 8-а шкали (67,72±13,96, 67,08±9,53 та 65,90±10,08 Т-балів відповідно); при шизофренії такими шкали є 2-а (72,37±16,80 Т-бали), 4-а (69,47±12,48 Т-бали), 7-а (66,59±15,69 Т-бали) та 8-а (71,73±19,95 Т-бали). Отримані дані можуть бути використані у якості складової системи диференційної діагностики та персоналізованого психотерапевтичного супроводу.

Ключові слова: шизофренія, шизоафективний розлад, афективні розлади, клініка, адаптація, патоперсонологічні особливості.

Вступ

Вирішення задач диференційної діагностики, лікування та соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на ендogenous психози, є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що обумовлено поліморфізмом та мінливістю симптоматики, зниженням або втратою критичності ставлення до хвороби, явищами істинного та терапевтичного патоморфозу, важкими соціальними та економічними наслідками [1-3]. Найбільші складності диференційної діагностики та вибору довгострокової лікувально-реабілітаційної стратегії стосуються ендogenous психозів з епізодичним перебігом [4-6].

Значних успіхів сучасна психіатрія досягла у лікуванні проявів гострих психозів різної психопатологічної структури завдяки наявному широкому арсеналу антипсихотичних, тимолептичних та нормотимічних психофармакологічних засобів, значна кількість яких здатна одночасно впливати на декілька сфер психічної діяльності – і, відповідно, психопатологічної симптоматики [6]. Питання вибору необхідної підтримуючої психофармакотерапії в станах ремісії/інтермісії ендogenous психозів є вирішеним тільки у відношенні шизофренії. Стосовно якості, кількості та тривалості психофармакологічних втручань, необхідних для превенції загострення при біполярному афективному розладі, рекурентному депресивному розладі (об'єднаних в поняття афективні розлади (АР) та шизоафективному розладі (ШАР) – науковцям поки що не вдалось досягти консенсусу [3; 5].

Також, подальшої розробки вимагають питання диференційної діагностики, а саме питання використання прогностичних критеріїв, центральним елементом серед яких можна вважати патоперсоналогічний критерій, чітко визначений у випадку шизофренії, але неоднозначний при інших ендogenous психозах з епізодичним перебігом. Разом з тим сучасна парадигма надання психіатричної допомоги ставить на меті повну ресоціалізацію пацієнтів, що неможливо досягти без оцінки, корекції та моніторингу особистісних характеристик як визначального фактору соціальної поведінки [1; 5].

Вивчення даного аспекту клініки ендogenous психозів з епізодичним перебігом має надати інформацію відносно структури та типології патоперсоналогічних трансформацій [6], їх динаміки та нозоспецифічних відмінностей (що буде використано при розробці диференційно-діагностичного алгоритму) та вказати на наявні локуси компенсаторного напруження особистості під впливом психічного захворювання (що стане визначальним фактором формування системи психотерапевтичних та соціально-реабілітаційних втручань).

Мета дослідження

На підґрунті результатів порівняльного аналізу характеристик особистісного профілю встановити ознаки та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, ШАР та АР в станах ремісії/інтермісії.

Контингенти та методи

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 312 пацієнтів, серед яких 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 1), 102 пацієнти з діагнозами «біполярний афективний розлад» (50 осіб) та «рекурентний депресивний розлад» (52 особи), яких було об'єднано в групу 2 (АР), та 108 осіб з діагнозом «Шизофренія. Параноїдна форма. Епізодичний тип перебігу» (група 3). Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Група 1 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів дорівнював $45,0 \pm 10,3$ років; розподілення за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 35 років, середній показник склав – $16,8 \pm 8,3$ 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. В групі 2 середній вік пацієнтів дорівнював $47,9 \pm 10,2$ років; розподілення за статтю склало: 70 жінок та 32 чоловіки; тривалість захворювання у вибірці була від 2-х до 40 років, середній показник – $14,4 \pm 8,6$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці – $33,5 \pm 10,3$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 31-го епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому в групі 2 цей показник склав $6,9 \pm 5,0$ рази. Група 3 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів дорівнював $39,0 \pm 9,7$ років; розподілення за статтю: 59 жінок та 49 чоловіків; тривалість захворювання склала від 2-х до 32 років, середній показник дорівнював $13,5 \pm 8,1$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці – $25,5 \pm 6,3$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 18-ти епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник склав $6,3 \pm 3,8$ рази. 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) [7].

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. При обробці первинних даних було використано математичні методи: критерій узгодженості Колмогорова-Смирнова; оцінка дисперсій за кожною шкалою з використанням критерія рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальне розподілення та рівні дисперсії, було розраховано за *t*-критерієм Стьюдента з використанням поправки Бонферроні при проведенні множинного порівняння незалежних груп.

Результати та їх обговорення

На етапі первинної обробки отриманих результатів в кожному окремому випадку проводилась оцінка достовірності/недостовірності отриманого результату та можливості/неможливості використання для подальшої узагальненої статистичної обробки. Якщо результат окремого обстеження за методикою СМІЛ за критеріями оцінки отриманого результату було визнано недостовірним, то він виключався з подальшої статистичної обробки. Загальна кількість результатів, які було визнано недостовірними склала 62 випадки (19,4% контингенту); вона була розподілена на 21 (20,6% контингенту групи), 16 (15,7% контингенту групи) та 25 (23,1% контингенту групи) випадків у 1-й, 2-й та 3-й групах відповідно. Таким чином, кількість пацієнтів, результати обстеження яких були визнано достовірними та використано для подальшого обчислення, склала 81, 86 та 83 особи – у 1-й, 2-й та 3-й групах відповідно.

Оцінка результатів, отриманих за оціночними шкалами (які відображають відношення до обстеження та

можуть бути використані для оцінки психічного стану в цілому) L (Нещирість), F (Ненадійність) та K (Корекції), виявила значну схожість ($p > 0,1$) профілів груп обстеження. Так, показники за L у 1, 2 та 3 групах склали $49,41 \pm 8,84$, $50,47 \pm 9,62$ та $48,72 \pm 8,50$ Т-балів відповідно, що свідчить про відсутність намагань при обстеженні справити краще враження. Показники, які було отримано за шкалою F 1, 2 та 3 груп склали $62,07 \pm 8,47$, $63,26 \pm 9,15$ та $63,18 \pm 10,39$ Т-балів, що свідчить про стан дистресу, схвилюваності, внутрішньої напруги, що спричинено внутрішніми психологічними проблемами. Середні показники за шкалою K знаходились в межах 53–56 Т-балів (в 1 групі – $55,43 \pm 8,58$, в 2 групі – $54,22 \pm 9,33$ та в 3 групі – $53,47 \pm 9,57$) і є свідченням неохочності досліджених заперечувати наявність проблем та про чутливість щодо оцінок своєї особистості та поведінки оточуючими.

Проведено порівняльний аналіз за 10-ма основними оціночними шкалами особистісного профілю. Статистично достовірних відмінностей за шкалою 1 (Надконтроль, іпохондрія) у групах порівняння виявлено не було, результати склали $59,79 \pm 11,84$, $58,71 \pm 11,17$ та $61,34 \pm 16,67$ Т-балів відповідно у 1-й, 2-й та 3 групі. Чисельні результати вказують на такі особистісні характеристики, як пильність, помисливість та тривожність з можливим формуванням занепокоєння щодо стану свого здоров'я. Показники шкали 2 (Депресія) склали $65,36 \pm 12,28$, (група 1) $67,72 \pm 13,96$ (група 2) та $72,37 \pm 16,80$ (група 3) Т-балів. При цьому показник групи 3 був статистично достовірною ($p < 0,01$) більшим, ніж у групі 1. Отримані дані трактуються як схильність до безпідставного виникнення відчутті внутрішньої напруги (внаслідок чого може виникати обмеження інтелектуальних та творчих здібностей), незадоволення собою та своїм місцем у суспільстві, намагання уникати окремих соціальних контактів. Порівняння результатів за шкалою 3 (Емоційна лабільність, демонстративність) не виявило статистично достовірних розбіжностей. Показники у 1, 2 та 3-ї групах склали відповідно $57,91 \pm 11,09$, $57,98 \pm 11,47$ та $61,31 \pm 14,72$ Т-балів, що може оцінюватись як намагання привертати увагу до своїх проблем та справити враження на оточуючих. Показник групи 1 за шкалою 4 (Імпульсивність) склав $73,23 \pm 11,83$ Т-бали і перевищив ($p < 0,01$ при порівнянні з групою 2, та $p < 0,05$ при порівнянні з групою 3) показники груп 2 ($67,08 \pm 9,53$ Т-бали) і 3 ($69,47 \pm 12,48$ Т-бали). В цілому отримані результати за шкалою 4 в усіх групах обстеження відображають наявність емоційної напруги, схильність до імпульсивних вчинків попри соціальні норми. Результати за шкалою

5 (Маскулінність-фемінність) склали $59,20 \pm 10,40$, $57,86 \pm 8,71$ та $60,73 \pm 8,48$ Т-балів у 1, 2 та 3-й групах відповідно, що може бути розцінене як невиражена тенденція до відхилення від типової для своєї статі рольової поведінки з можливим ускладненням сексуальної міжособистісної адаптації. Показник групи 2 за шкалою 6 (Ригідність) дорівнював $58,07 \pm 9,71$ Т-балів і був статистично достовірно меншим ($p < 0,05$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні), ніж у групах 1 ($62,63 \pm 12,12$ Т-балів) і 3 ($64,23 \pm 14,16$ Т-балів). В цілому отримані результати свідчать про недостатню гнучкість особистісних настанов, низьку конформність, схильність до проявів ворожості при соціальній взаємодії. Показник групи 3 за шкалою 7 (Тривожність) склав $66,59 \pm 15,69$ Т-бали, і перевищив ($p < 0,05$ при порівнянні з групою 1 та $p < 0,01$ при порівнянні з групою 2) показники груп 1 ($61,53 \pm 10,71$ Т-бали) і 2 ($60,84 \pm 9,95$ Т-бали). В цілому отримані результати за шкалою 7 по всіх групах обстеження відображають підвищений рівень тривожності з можливістю формування поведінки «уникання» та зниження самостійності і незалежності при соціальній взаємодії. Показники за шкалою 8 (Індивідуалістичність) склали у групі 1 – $68,40 \pm 12,33$, групі 2 – $65,90 \pm 10,08$ та в групі 3 – $71,73 \pm 19,95$ Т-балів, що є відображенням достатньо високого рівня індивідуалістичності (суб'єктивності) життєвих поглядів та підходів до реалізації своїх потреб у суспільстві. Показник шкали 8 групи 3 є статистично достовірно ($p < 0,05$) вищим, ніж відповідний показник групи 1. Показник шкали 9 (Оптимізм та активність) в групі 1 ($66,05 \pm 12,02$

Т-бали) перевищував ($p < 0,01$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні) показники груп 2 та 3 ($58,81 \pm 10,94$ і $60,48 \pm 11,27$ Т-балів відповідно). З урахуванням анамнестичних даних обстеженого контингенту в цілому отриманий результат по шкалі 9 може вказувати на переоцінку власних здібностей та можливостей і є відображенням більшою мірою лише намірів та прагнення до соціальної активності, що не знаходить своєї фактичної реалізації і не переходить у соціальну-активну поведінку в реальних умовах. Показник шкали 0 (соціальна інтраверсія) в групі 3 ($61,28 \pm 9,83$ Т-бали) перевищував ($p < 0,05$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні) показники груп 1 та 2 ($55,62 \pm 8,87$ і $57,31 \pm 10,73$ Т-балів відповідно), що відображає тенденцію до соціального дистанціювання внаслідок зниження потреби у соціальній взаємодії.

Отримані показники обстеження наведено у табл. 1.

В цілому середньоарифметичні показники профілів груп обстеження демонструють наявність декількох помірно підвищених ($65-75$ Т-балів) показників окремих шкал. Для групи 1 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). Для групи 2 – це 2-а, 4-а та 8-а шкали ($67,72 \pm 13,96$, $67,08 \pm 9,53$ та $65,90 \pm 10,08$ Т-балів відповідно). Для групи 3 такими шкали є 2-а ($72,37 \pm 16,80$ Т-бали), 4-а ($69,47 \pm 12,48$ Т-бали), 7-а ($66,59 \pm 15,69$ Т-бали) та 8-а ($71,73 \pm 19,95$ Т-бали). Наявність у кожній групі різноспрямованих тенденцій – помірне підвищення показників шкал як гіпостенічного

Таблиця 1

Кількісні характеристики особистісних профілів по групах дослідження

Шкали СМДО	Вираженість, Т-бали			Результати порівняння окремих груп (p)		
	Група 1 (N=81)	Група 2 (N=86)	Група 3 (N=83)	Г1-Г2	Г1-Г3	Г2-Г3
L (Нещирість)	$49,41 \pm 8,84$	$50,47 \pm 9,62$	$48,72 \pm 8,50$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
F (Ненадійність)	$62,07 \pm 8,47$	$63,26 \pm 9,15$	$63,18 \pm 10,39$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
K (Корекції)	$55,43 \pm 8,58$	$54,22 \pm 9,33$	$53,47 \pm 9,57$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
1 (Надконтроль)	$59,79 \pm 11,84$	$58,71 \pm 11,17$	$61,34 \pm 16,67$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
2 (Депресія)	$65,36 \pm 12,28$	$67,72 \pm 13,96$	$72,37 \pm 16,80$	$p > 0,05$	$p < 0,01$	$p > 0,05$
3 (Емоційна лабільність)	$57,91 \pm 11,09$	$57,98 \pm 11,47$	$61,31 \pm 14,72$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
4 (Імпульсивність)	$73,23 \pm 11,83$	$67,08 \pm 9,53$	$69,47 \pm 12,48$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p > 0,05$
5 (Маскулінність-фемінність)	$59,20 \pm 10,40$	$57,86 \pm 8,71$	$60,73 \pm 8,48$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
6 (Ригідність)	$62,63 \pm 12,12$	$58,07 \pm 9,71^*$	$64,23 \pm 14,16$	$p < 0,01$	$p > 0,05$	$p < 0,01$
7 (Тривожність)	$61,53 \pm 10,71$	$60,84 \pm 9,95$	$66,59 \pm 15,69$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$
8 (Індивідуалістичність)	$68,40 \pm 12,33$	$65,90 \pm 10,08$	$71,73 \pm 19,95$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$
9 (Оптимізм та активність)	$66,05 \pm 12,02^{**}$	$58,81 \pm 10,94$	$60,48 \pm 11,27$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p > 0,05$
0 (Соціальна інтраверсія)	$55,62 \pm 8,87$	$57,31 \pm 10,73$	$61,28 \pm 9,83^*$	$p > 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,05$

Примітки: * – позначено рівень статистичної достовірності при множинному порівнянні 3-х груп з урахуванням поправки Бонферроні $p < 0,05$;
** – позначено рівень статистичної достовірності при множинному порівнянні 3-х груп з урахуванням поправки Бонферроні $p < 0,01$

(2-а та 7-а шкали) так і гіперстенічного (4-а та 9-а шкали) реєстрів може розцінюватись як наслідок компенсаторного напруження особистісних ресурсів та підтвердження наявності патоперсоналогічних трансформацій.

Висновки

Таким чином, в дослідженні вивчено особистісні характеристики у пацієнтів з ендегенними психозами з епізодичним перебігом в станах ремісії/інтермісії, та проведено їх порівняльний аналіз. На підґрунті результатів порівняльного аналізу характеристик особистісного профілю встановлено ознаки та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, ШАР та АР в станах ремісії/інтермісії.

1. Значна частина (19,4%) обстеженого за методикою СМДО контингенту продемонструвала результати, які визнано недостовірними. Відсоток недостовірних результатів склав 20,6% при ШАР, 15,7% при АР та 23,1% при шизофренії, що може бути свідченням зниженого рівня комплаєнсу у хворих на ендегенні психози з епізодичним перебігом.

2. Наявні патоперсоналогічні трансформації при ендегенних психозах з епізодичним перебігом 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 (2-а та 7-а шкали) так і гіперстенічного (4-а та 9-а шкали) реєстрів. При ШАР такими шкалами є 2-а (65,36±12,28 Т-бали), 4-а (73,23±11,83 Т-бали), 8-а (68,40±12,33 Т-бали) та 9-а (66,05±12,02 Т-бали); при АР – це 2-а, 4-а та 8-а шкали (67,72±13,96, 67,08±9,53 та 65,90±10,08 Т-балів відповідно); при шизофренії такими шкали є 2-а (72,37±16,80 Т-бали), 4-а (69,47±12,48 Т-бали), 7-а (66,59±15,69 Т-бали) та 8-а (71,73±19,95 Т-бали).

3. В особистісному профілі хворих на ШАР та шизофренію показники за шкалою 6 (дорівнює відповідно

62,63±12,12 та 64,23±14,16 Т-балів) є вищими ($p < 0,05$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні), ніж при АР (58,07±9,71 Т-балів). Такі результати свідчать про недостатню гнучкість особистісних настанов, низьку конформність, схильність до проявів ворожості при соціальній взаємодії хворих на ШАР та шизофренію.

4. Особистісний профіль хворих на ШАР характеризується вищим ($p < 0,01$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні), ніж у хворих на АР та шизофренію показником шкали 9 (66,05±12,02, 58,81±10,94 і 60,48±11,27 Т-балів відповідно). З урахуванням анамнестичних даних обстеженого контингенту в цілому отриманий результат вказує на переоцінку власних здібностей та можливостей і є відображенням скоріше тільки намірів та прагнення до соціальної активності, що не знаходять фактичної реалізації і не переходять у соціальну-активну поведінку в реальних умовах.

5. Показник шкали 0 в особистісному профілі хворих на шизофренію (61,28±9,83 Т-бали) перевищував ($p < 0,05$ при множинному порівнянні з урахуванням поправки Бонферроні) показники у хворих на ШАР та АР (55,62±8,87 і 57,31±10,73 Т-балів відповідно). Отриманий результат відображає наявну при шизофренії тенденцію до соціального дистанціювання внаслідок зниження потреби у соціальній взаємодії та відповідає класичним уявленням щодо патоперсоналогії захворювання.

6. Характеристики особистісного профілю при ендегенних психозах з епізодичним перебігом в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. Отримані дані можуть бути використані у якості складової системи диференційної діагностики та персоналізованого психотерапевтичного супроводу.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів

ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П.В. Волошин, Н.О. Марута // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23. Вип. 1(82). С. 5–11.
 2. Wilson J. E. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting / J.E. Wilson, H. Nian, S. Heckers // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2014. – Vol. 264 (1). – P. 29–34. DOI: 10.1007/s00406-013-0410-7
 3. Thaler N.S. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia / N.S. Thaler, G.P. Sutton, D.N. Allen // Psychiatry Research. – 2014. – Vol. 220(1–2). – P. 14–309. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.
 4. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis /

Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C. // Bipolar Disorder. – 2015. – Vol. 17(7). – P. 753–768. DOI: 10.1111/bdi.12340
 5. Developing an individualized treatment plan for patients with schizoaffective disorder: from pharmacotherapy to psychoeducation / Vieta E. // Journal of clinical psychiatry. – 2010. – Vol. 73. – P. 14–19. DOI: 10.4088/JCP.9096su1cc.03.
 6. Хоміцький М.Є. Психопатологічні прояви ендегенних 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
 7. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СММЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.

REFERENCES

1. Voloshyn, P.V., Maruta, N.O. The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles. Ukrainian bulletin of Psychoneurology. 2015. Vol. 1, pp. 5–11. [in Ukr.]
2. Wilson, J.E., Nian, H., Heckers, S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2014. Vol. 264(1), pp. 29–34. DOI: 10.1007/s00406-013-0410-7.
3. Thaler, N.S., Sutton, G.P., Allen, D.N. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia. Psychiatry Research., 2014. Vol. 220(1–2), pp. 309–14. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.
4. Santelmann, H., Franklin, J., Bußhoff, J. [et al.] Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis. Bipolar Disorder. 2015. Vol. 17(7), pp. 753–68. DOI: 10.1111/bdi.12340
5. Vieta E. Developing an individualized treatment plan for patients with schizoaffective disorder: from pharmacotherapy to psychoeducation. Journal of clinical psychiatry. 2010. Vol. 73, pp. 14–19. DOI: 10.4088/JCP.9096su1cc.03.
6. Khomitskiy 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. 5(110), pp. 696–700. DOI: 10.14739/2310-1210.2018.5.141541 [in Ukr.].
7. Sobchik L. N. Standardized multivariate method of personality research SMIL. 2000. St. Petersburg. 219 p. [in Russ.].

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

**Хомицкий
Николай Евгеньевич**

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

Решение задач дифференциальной диагностики, лечения и социальной реабилитации пациентов, страдающих эндогенными психозами с эпизодическим течением, является одной из самых сложных и актуальных проблем клинической психиатрии, что обусловлено полиморфизмом симптоматики, снижением или потерей критичности к болезни, явлениями истинного и терапевтического патоморфоза, тяжелыми социальными и экономическими последствиями.

Цель исследования — на основе результатов сравнительного анализа характеристик личностного профиля установить признаки и нозоспецифические различия постманифестных патоперсоналогических трансформаций у пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством и аффективными расстройствами в состояниях ремиссии / интермиссии.

В исследовании изучены личностные характеристики при эндогенных психозах с эпизодическим течением в состояниях ремиссии / интермиссии и установлены признаки и нозоспецифические различия постманифестных патоперсоналогических трансформаций у пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством и аффективными расстройствами. Имеющиеся 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 как гипостенического (2-я и 7-я шкалы) так и гиперстенического (4-я и 9-я шкалы) регистров. При шизоаффективном расстройстве такими шкалам является 2-я (65,36±12,28 Т-баллов), 4-я (73,23±11,83 Т-баллов), 8-я (68,40±12,33 Т-баллов) и 9-я (66,05±12,02 Т-баллов); при аффективных расстройствах - это 2-я, 4-я и 8-я шкалы (67,72±13,96, 67,08±9,53 и 65,90±10,08 Т-баллов соответственно); при шизофрении такими шкалы является 2-я (72,37±16,80 Т-балла), 4-я (69,47±12,48 Т-балла), 7-я (66,59±15,69 Т-балла) и 8-я (71,73±19,95 Т-балла).

Полученные данные могут быть использованы в качестве составляющей системы дифференциальной диагностики и персонализированного психотерапевтического сопровождения.

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, клиника, адаптация, патоперсоналогические особенности.

CHARACTERISTICS OF PERSONALITY IN PATIENTS WITH ENDOGENOUS PSYCHOSES WITH AN EPISODICAL COURSE IN THE CONTEXT OF POST-MANIFEST PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS (COMPARATIVE ANALYSIS)

Mykola Khomitskiy

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

Solution of the problems of differential diagnosis, treatment and social rehabilitation of patients with endogenous psychoses with episodic course is one of the most complex and urgent problems of clinical psychiatry, which is caused by polymorphism and variability of symptoms, decrease or loss of critical attitude toward the disease, with grave social and economic consequences.

The aim of the study is to establish, on the basis of the results of the comparative analysis of the characteristics of the personal profile, the features and nosospecific differences of post-manifest pathopersonological transformations in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder and affective disorders in remission / intermissions.

The study examined the personality characteristics of endogenous psychoses with an episodic course in remission / intermission conditions and established signs and nosospecific differences in post-manifest pathological transformations in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, and affective disorders. Existing 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 indicators of both hyposthenic (2nd and 7th scales) and hypersthenic (4th and 9th scales) registers. In schizoaffective disorder, such scales are the 2nd (65.36 ± 12.28 T-points), 4th (73.23 ± 11.83 T-points), 8th (68.40 ± 12.33 T-points) and 9th (66.05 ± 12.02 T-points); in affective disorders, these are the 2nd, 4th and 8th scales (67.72 ± 13.96 , 67.08 ± 9.53 and 65.90 ± 10.08 T-points, respectively); for schizophrenia, such scales are the 2nd (72.37 ± 16.80 T-points), 4th (69.47 ± 12.48 T-points), 7th (66.59 ± 15.69 T-points) and 8th (71.73 ± 19.95 T-points). The obtained data can be used as a component of the differential diagnosis system and personified psychotherapeutic support.

Key words: schizophrenia, schizoaffective disorder, affective disorders, clinic, adaptation, pathopersonological features.