

УДК 616.895.1-07-036.6

СТРУКТУРА РЕМІСІЙ ПРИ ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ

О. І. Серікова, О.В. Скринник, О.С. Серікова

**Серікова
Ольга Іванівна**

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46
olserikova@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-7263-2707

**Скринник
Ольга Вячеславівна***

olskrynnik@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0003-1450-5133

**Серікова
Ольга Сергіївна***

olga.s.serikova@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-6559-1073

В статті описані результати порівняльного дослідження сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії шизоафективного розладу (ШАР) в залежності від його типу. За допомогою клініко-психопатологічного методу з аналітичним вивченням доступної медичної документації та методу катamnестичного обстеження були проаналізовані ремісії у 78 хворих на ШАР. Паралельно протягом року ступінь виразності клінічних проявів захворювання визначалася за допомогою психометричних шкал (шкала манії Янга – YMRS, шкала депресії Гамільтона – HDRS, шкала позитивних і негативних симптомів – PANSS). На основі аналізу отриманих даних виділено декілька ступенів ремісії – часткова, повна клінічна і повна функціональна ремісія. Під частковою ремісією ми розуміли стан, коли мала місце виражена редукція клінічних проявів, але спостерігалися залишкова продуктивна симптоматики, неповна критика до перенесеного стану та соціальна дезадаптація. Повна клінічна ремісія свідчила про відсутність будь-яких клінічно значущих симптомів захворювання, але соціальне функціонування було знижено. Для повної функціональної ремісії були притаманні відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання та гарна соціальна адаптація пацієнта. Всі хворі проходили стадію часткової ремісії, однак приблизно половина з них (40 спостережень – 51,3%) переходила в повну клінічну ремісію. Стійка часткова ремісія, що потім не трансформувалася в клінічну, спостерігалася у 38 хворих ШАР (48,7%). Вона була представлена наступними синдромами – астенічний (28,9%), гіперстенічний (23,8%), психопатоподібний (34,2%), синдром залишкового марення (13,1%). Повна функціональна ремісія була виявлена у 19 пацієнтів (24,4%). Отримані дані свідчать, що найбільш тривалі і найбільш повні по структурі ремісії спостерігалися при манакальному і депресивному типі ШАР, в порівнянні зі змішаним. При манакальному типі ШАР частіше зустрічалася повна функціональна ремісія (12 випадків – 38,7%), при депресивному типі – повна клінічна ремісія (8 пацієнтів – 32,0%), при змішаному типі – часткова ремісія (10 пацієнтів – 38,5%). Залежно від типу ремісії ШАР існує різний ризик рецидиву захворювання, тому обсяг і характер лікувально-реабілітаційних заходів, призначення підтримуючої терапії повинні носити диференційований характер.

Ключові слова: шизоафективний розлад, ремісія, клініка, психометричні шкали, соціальна адаптація.

На думку багатьох психіатрів шизоафективний розлад (ШАР) має досить сприятливий перебіг без ознак прогресивності й наростання у хворого негативних симптомів. Останні отримані дані свідчать про гетерогенності перебігу та наслідків ШАР [1; 2]. На сьогодні ремісію при ШАР визначають, як стан, при якому рівень вираженості симптомів повинен бути стабільним й становить 3 і менше балів за шкалою позитивних і негативних симптомів (PANSS). Визначальними є показники пунктів P1 «маячні ідеї», P2 «концептуальна дезорганізація», P3 «галюцинаторна поведінка», P6 «підозрілість», N6 «брак спонтанності та плавності бесіди», G5 «манірність та поза», G9 «думки з незвичайним змістом». Крім того, будь-яка клінічна симптоматика не повинна впливати на повсякденне функціонування [3; 4].

У сучасних дослідженнях ШАР за аналогією з шизофренією виділяють неповні і повні ремісії. Неповний тип ремісії характеризується наявністю у хворого так званих «залишкових» проявів на рівні граничних психопатологічних симптомів. Синонімом «неповної ремісії» виступають також «симптоматичні» або «незавершені ремісії». Найчастіше їх пов'язують з недостатньою або неефективною терапією. PANSS надає оцінку симптомів, базуючись не тільки на їх тяжкості, а й на порушенні функціонування. Тому американська і європейська групи дослідників ШАР дійшли до висновку, що оцінка симптомів як «легкий ступінь» і менш (значення за PANSS три бали і менш) одночасно за всіма сьома пунктам шкали представляють рівень порушень, відповідний симптоматичної ремісії. Поняття «повна ремісія» співвідноситься з «одужанням» або «стійкою ремісією», що означає повне повернення пацієнта до нормального або звичайного рівня функціонування [5]. Вищевказані критерії ремісії ясно визначають тільки симптоматичну ремісію й не вимагають повної відсутності у пацієнта психопатологічної симптоматики. Такий підхід корелює з критеріями ремісії, прийнятими в даний час для інших хронічних захворювань з загостреннями або ремітуючим перебігом, при яких може зберігатися резидуальна симптоматика [6]. Дослідники вважають, що для досягнення у хворого на ШАР повної або синдромальної ремісії необхідне проведення йому раціонального лікування психотропними засобами (тривалість курсу, адекватні дози та інш.) і своєчасна оптимізація терапії. Тому в сучасних посібниках підкреслюється необхідність призначення таким хворим тривалої стабілізуючої терапії з метою купірування залишкових клінічних проявів до досягнення повної ремісії. Також пропонуються численні алгоритми раціонального стабілізуючого і протирецивного лікування в період ремісії [7-9].

Насьогодні найбільшу кількість робіт присвячено ремісіям при шизофренії. Докладно описані всі етапи формування дефекту, а також «залишкові» позитивні симптоми. Описано наступні варіанти ремісій – тимопатична, obsесивна, параноїдна, іпохондрична, стенична, псевдопсихопатична, апатична, астенична, аутистична, псевдоорганічна, дискінетична [8; 10-12]. При афективних розладах (як уні- так і біполярних) виділені ремісії астеничного, тривожного, гіпотимного, інсомнічного типів [13-15]. Незважаючи на поширену думку про те, що при ШАР, на відміну від шизофренії, немає ознак прогресивності і не формується дефект, багато дослідників вказують на наявність під час ремісій мінімальних клініко-психопатологічних провів, перш за все, негативних розладів в вольовій і асоціативній сферах [16]. При ШАР, виділяють ремісії по типу «інтермісії», «стеничної шизоїдизації», «сензитивний / астеничної шизоїдизації», тимопатичний і психопатоподібний типи, засновані на збереженні у пацієнтів тих чи інших «мінімальних» психопатологічних проявів [17]. При цьому авторами недостатня увага приділялася зв'язку клініко-психопатологічних особливостей ремісії з тим або іншим типом ШАР.

Вивчення сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії при різних типах ШАР стало **метою** нашого дослідження. Завданням дослідження було виявлення зв'язку клініко-психопатологічних особливостей і структури ремісій при ШАР. Дослідження було здійснено в рамках науково-дослідної роботи «Визначити особливості формування терапевтично резистентних форм афективної патології змішаного типу (біполярного і шизоафективного розладів) і розробити методи їх лікування в умовах впровадження в Україні страхової медицини» (Шифр НАМН. РА.7П.18.), що виконується в відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2018-2020 роках.

Матеріали та методи

Для вирішення завдання був використаний клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації, метод катанестического обстеження, психометричний (шкала манії Янга -YMRS, шкала депресії Гамільтона – HDRS, шкала позитивних і негативних симптомів – PANSS). Статистична обробка даних проводилася за допомогою методів визначення достовірності відмінностей (по U-критерієм Манна-Уїтні, критерієм χ^2). Розрахунки статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows. Якість і структура ремісій вивчалися на основі ознайомлення з медичною документацією та катанестичного обстеження.

Дослідження було проведено на підставі вивчення стану ремісії у 78 пацієнтів з ШАР - F 25 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Диференційна діагностика проводилася з афективними розладами (зокрема, біполярним афективним розладом), шизофренією, циклотимією та деякими розладами особистості (зокрема, емоційно нестійким) [18-20]. Всі вони проходили лікування у відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України». Всі хворі підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Критеріями виключення були коморбідні психічні розлади, в тому числі розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами. Пацієнти, у яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання не були включені до дослідження.

Дослідження базувалося на робочій гіпотезі, що ремісія при ШАР неоднорідна і має ступінчасту структуру – від простої редукції основних клінічних проявів захворювання до повного відновлення соціально-трудової активності. Причому, кожен ступінь виявляв незалежний стереотип формування та подальшого розвитку. Під ремісією ми мали на увазі стан пацієнта, який характеризувався наступними параметрами:

- 1) за шкалою YMRS було менше 12 балів;
- 2) за шкалою HDRS - менше 8 балів;

3) за шкалою PANSS рівень вираженості симптомів за пунктами P1 «маячні ідеї», P2 «концептуальна дезорганізація», P3 «галюцинаторна поведінка», P6 «підозрілість», N6 «брак спонтанності і плавності бесіди», G5 «манірність і поза», G9 «думки з незвичайним змістом» були 3 і менше балів.

Дослідження було проведено в два етапи. На першому етапі серед 115 пацієнтів з ШАР, які виписувалися зі стаціонару, були відібрані 78 осіб, що задовольняли всім критеріям включення і перебували в стані ремісії. На другому етапі проводилося динамічне спостереження за ними протягом 12 місяців. З метою об'єктивізації стану пацієнти щомісяця були обстежені за допомогою психометричних шкал - YMRS, HDRS, PANSS. Якщо в цей період у пацієнта починалося загострення ШАР або результати його обстеження за допомогою психометричних шкал не відповідали вищезгаданим критеріям ремісії, пацієнт виключався з дослідження.

Всі обстежені були поділені на три групи: 1) 26 хворих, які перенесли загострення ШАР, маніакальний тип - F 25.0 за МКХ-10; 2) 25 пацієнтів, які перенесли загострення ШАР, депресивний тип - F 25.1 за МКХ-10; 3) 27 пацієнтів, які перенесли загострення ШАР, змішаний тип - F 25.2 за МКХ-10. Пацієнти, включені до дослідження, регулярно отримували призначені препарати.

Серед обстежених було 35 чоловіків і 43 жінки. Середній вік склав $(42,85 \pm 8,17)$ (M \pm m) років. Середній вік манифестації захворювання був $(26,61 \pm 4,58)$ років, а тривалість хвороби - $(16,05 \pm 5,36)$ років. Соціодемографічний аналіз досліджуваних даних не виявив значних відмінностей серед пацієнтів всіх трьох груп (див. Таблицю 1).

В цілому в дослідженні переважали пацієнти (51,3%) з вищою освітою. Хворих з середньо-спеціальною освітою було 37,2% і з середнім - 11,5%. Осіб, які перебувають у шлюбі, було 44,9%, з неодружених - 28,2%, розлучених - 26,9%. Більшість з пацієнтів мали постійну роботу - 55,1%. Безробітних було 28,2%, пенсіонерів - 2,6%.

Результати дослідження

На початку дослідження показники психометричних шкал відповідали верхній межі, допустимій для стану ремісії (див. Таблицю 2).

Потім вони поступово знижувалися до клінічно незначущих (див. Рис.1, 2, 3). Обстеження проводились щомісяця з метою відсіяти пацієнтів, які не відповідали критеріям ремісії і у яких починалося чергове загострення.

У обстежених нами пацієнтів з маніакальним і депресивним типами ШАР спостерігалася практично однакова тривалість ремісії - $(11,54 \pm 4,79)$ і $(10,78 \pm 2,82)$ місяців відповідно. В той же час ремісія після змішаного епізоду ШАР була коротше, ніж після двох інших типів - $(6,25 \pm 1,33, p < 0,05)$.

Ремісія у пацієнтів з ШАР наступала поступово і мала кілька етапів: I етап - часткова ремісія; II етап - повна клінічна ремісія; III етап - повна функціональна ремісія.

Про ремісії на синдромальному рівні, тобто частковій ремісії, мала місце виражена редукція клінічних проявів, які відповідали критеріям афективної симптоматики відповідного полюса, і пунктам а) - г) розділу шизофренія згідно МКХ-10. Стан пацієнта оцінювався за шкалою YMRS менше 12 балів, за шкалою HDRS - менше 8 балів, а за шкалою PANSS рівень вираженості симптомів за пунктами P1 «маячні ідеї», P2 «концептуальна дезорганізація», P3 «галюцинаторна поведінка», P6 «підозрілість», N6 «брак спонтанності і плавності бесіди», G5 «манірність і поза», G9 «думки з незвичайним змістом» були 3 і менше балів. У таких хворих крім залишкової продуктивної симптоматики, неповної критики до перенесеного стану зберігалася певна соціальна дезадаптація, яка в ряді випадків супроводжувалася алкоголізацією. Подібні стани ми розцінювали як ремісії низької якості.

Повної клінічної ремісії, на нашу думку, пацієнт досягав тоді, коли його стан оцінювався за шкалою YMRS мен-

ше 6 балів, за шкалою HDRS - менше 6 балів, а за шкалою PANSS рівень вираженості симптомів по вказаних вище пунктам (P1, P2, P3, P6, N6, G5, G9) були 2 і менше балів. Незважаючи на відсутність будь-яких клінічно значущих симптомів захворювання, критика до перенесеного стану була формальною. Крім того, мало місце значне зниження соціального функціонування, було відсутнє прагнення до підвищення свого соціального і професійного рівня, спостерігалось зниження цілеспрямованої діяльності і функції самообслуговування. Тобто пацієнти залишалися соціально недостатньо адаптованими. Подібні стани відповідали ремісії середньої якості.

Функціональна складова ремісії полягала в тому, наскільки повно пацієнти включалися в свою роботу, сімейне життя, були здатні себе обслуговувати. Про повну функціональну ремісію можна було говорити лише за умови відсутності будь-якої дефіцитарної або продуктивної симптоматики, наявності критики до перенесеного стану й гарної соціальної адаптації. Пацієнти поверталися до свого звичайного повноцінного життя - були успішні на роботі і благополучні в сімейних відносинах. Подібні стани відповідали ремісії високої якості.

Слід зазначити, що в цілому стан ремісії у пацієнтів з ШАР мав динамічний характер й переходив від стадії низької якості до більш високої і навпаки. В останньому випадку мало місце клінічне загострення захворювання. Середня тривалість кожного з етапів ремісії приведена в таблиці 3.

Згідно з отриманими даними, найбільш тривалими були ремісії у пацієнтів, які перенесли загострення де-

пресивного і маніакального типу ШАР. Крім того, в обох групах пацієнти проходили всі етапи ремісії від часткової до повної функціональної. Тривалість функціональної ремісії була достовірно більше, ніж тривалість окремо взятих часткової і клінічної, що говорить про її високу якість. Кількість обстежених хворих в кожній групі на різних етапах дослідження достовірно не відрізнялася. Таке часове й кількісне співвідношення етапів ремісії може свідчити про досить високу якість життя пацієнтів. Разом з тим, ремісія після змішаного типу ШАР була не тільки менш тривалою, а й мала іншу структуру - схожі за тривалістю всі три етапи ремісії. При цьому період повної функціональної ремісії був найкоротшим з усіх трьох груп ($p < 0,05$).

Як видно з таблиці 4, у кількісному співвідношенні при змішаному типі ШАР велика частина пацієнтів затримувалася на етапі часткової ремісії. І лише незначна частина таких хворих досягала повної функціональної ремісії. Цей показник був найвищий серед усіх груп, тому що при маніакальному і депресивному типі він достовірно не відрізнявся. Також при змішаному типі ШАР ремісії були переважно низької якості і достовірно більш короткими. При депресивному і маніакальному типах тривалість і якість ремісії у таких хворих достовірно не відрізнялися.

Всі хворі проходили стадію часткової ремісії, однак приблизно половина з них (40 спостережень – 51,3%) переходила в повну клінічну ремісію. Стіяка часткова ремісія, що потім не трансформувалася в клінічну, спостерігалася у 38 хворих ШАР (48,7%). Вона характеризувалася як період

Таблиця 1

Соціо-демографічні показники обстежених пацієнтів

Показник	Тип ШАР		
	Маніакальний (n=26)	Депресивний (n = 25)	Змішаний (n = 27)
Середній вік пацієнтів, років	39,54 ± 10,16	43,23 ± 5,52	45,78 ± 8,85
Середній вік маніфестації захворювання, років	20,45 ± 2,85	30,84 ± 5,73	28,55 ± 5,18
Середня тривалість хвороби, років	19,09 ± 7,31	12,39 ± 4,04	17,23 ± 4,70
Освіта			
вища	14 (53,8 %)	13 (52,0 %)	13 (48,2 %)
середня спеціальна	10 (38,5 %)	9 (36,0 %)	10 (37,0 %)
середня	2 (7,7 %)	3 (12,0 %)	4 (14,8 %)
Сімейний стан			
неодружений	7 (26,9 %)	7 (28,0 %)	8 (29,7 %)
одружений	12 (46,2 %)	11 (44,0 %)	12 (44,4 %)
розлучений	7 (26,9 %)	7 (28,0 %)	7 (25,9 %)
Трудова діяльність			
студенти	4 (15,4 %)	2 (8,0 %)	5 (18,6 %)
службовці	10 (38,5 %)	10 (40,0 %)	9 (33,3 %)
робочі	5 (19,2 %)	7 (28,0 %)	2 (7,4 %)
безробітні	7(26,9 %)	6 (24,0 %)	9 (33,3 %)
Інваліди/пенсіонери	-	-	2 (7,4 %)

Таблиця 2

Середні показники психометричних шкал на початку дослідження

Показник	Тип ШАР		
	Маніакальний (n = 26)	Депресивний (n = 25)	Змішаний (n = 27)
PANSS, балів	68,2 ± 4,8	75,3 ± 2,7	72,4 ± 3,6
YMRS, балів	10,5 ± 1,5	3,5 ± 1,5	7,5 ± 3,5
HAM-D, балів	2,5 ± 0,5	7,5 ± 0,5	7,5 ± 0,5

Таблиця 3

Тривалість ремісії при різних типах ШАР

Тип ШАР	Середня тривалість ремісії (в місяцях)	Середня тривалість ремісії в залежності від ступеню (в місяцях)		
		Часткова ремісія	Повна клінічна ремісія	Повна функціональна ремісія
Маніакальний	11,54 ± 4,79	2,80 ± 1,25	2,14 ± 1,95	6,61 ± 3,38
Депресивний	10,78 ± 2,82	3,54 ± 2,11	2,18 ± 0,87	5,16 ± 0,99
Змішаний	6,25 ± 3,38	2,34 ± 2,08	2,03 ± 1,90	2,09 ± 0,89

Таблиця 4

Особливості ремісії у пацієнтів з різними типами ШАР

Тип ремісії	Маніакальний тип (n=26)	Депресивний тип (n=25)	Змішаний тип (n=27)	с
Часткова ремісія	9 (34,6 %)	11 (44,0 %)	18 (66,7 %)	0,55 p1-2=0,46 6,99 p1-3=0,008 3,56 p2-3=0,059
Повна клінічна ремісія	7 (26,9 %)	8(32,0 %)	6 (22,2 %)	0,20 p1-2=0,65 0,13 p1-3=0,71 0,66 p2-3=0,42
Повна функціональна ремісія	10 (38,5 %)	6 (24,0 %)	3 (11,1 %)	1,47 p1-2=0,23 5,94 p1-3=0,01 1,46 p2-3=0,23

Таблиця 5

Кількість пацієнтів з різними клінічними варіантами часткової ремісії

Клінічний варіант	Маніакальний тип (n=9)	Депресивний тип (n=11)	Змішаний тип (n=18)	Всього пацієнтів
Астенічний	-	9	2	11
Гіперстенічний	7	-	2	9
Психопатоподібний	2	1	10	13
Синдром залишкового марення	-	1	4	5

значного поліпшенням їх стану, який вже не відповідав синдромальним критеріям ШАР за МКХ-10. Однак, мінімальні залишкові симптоми захворювання все ще зберігалися. Тобто показник YMRS був менше 12 балів (середній показник (7,88 ± 1,54) балів) і / або HDRS - до 8 балів (середній показник (6,65 ± 0,95) балів). Її середня тривалість становила (3,22 ± 1,81) місяців. У стані часткової ремісії у таких пацієнтів практично не виникала необхідність звернення по допомогу до лікарів. Слабка вираженість розладів не приводила до різких змін в поведінці.

Нами були виділені наступні клінічні синдроми, які найбільш часто зустрічалися у обстежених пацієнтів в стані часткової ремісії - астенічний, синдром залишкового марення, гіперстенічний і психопатоподібний. Кількість хворих, які мали той чи інший тип ремісії наведено в таблиці 5.

Астенічний тип ремісії (зустрічався у 28,9%) характеризувався наявністю у них тих чи інших астенічних проявів: загальної слабкості, підвищеної стомлюваності, дратівливості, соматичних скарг, непереносимості різких звуків, труднощів в засвоєнні нової інформації. Більшість з них були не в змозі тривалий час зосередитися на якійсь роботі, їм важко було починати робити щось нове, хоча хворі продовжували свою звичну діяльність (фізичну і розумову), але це вимагало від них особливих зусиль, викликало втому. В клінічній картині переважали душевна слабкість, плаксивість. Пацієнти скаржилися на млявість, деяку загальмованість. У ряді випадків зустрічалися іпохондричні побоювання, які не отримували подальшого розвитку, однак викликали якийсь дискомфорт. Нерідко мали місце ті чи інші не виражені соматовегетативні порушення (неспокійний сон,

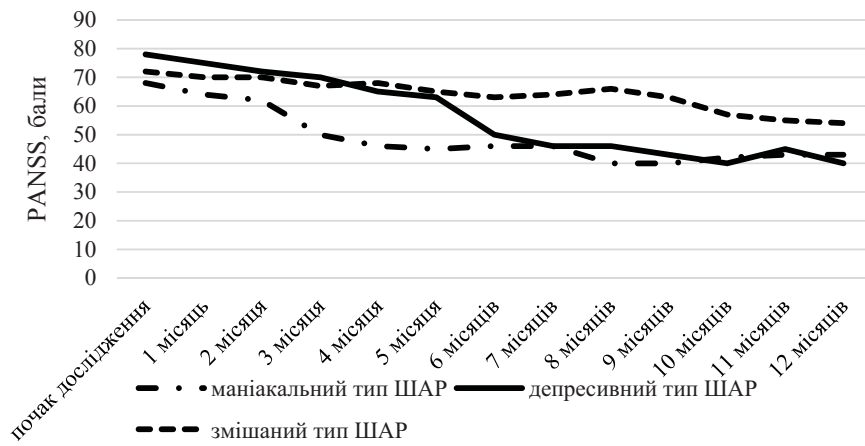


Рисунок 1 - Динаміка показників PANSS під час дослідження

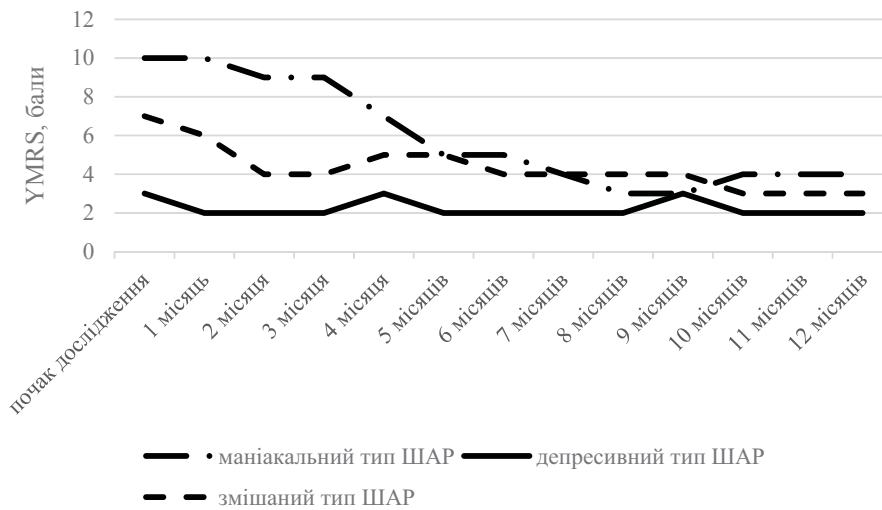


Рисунок 2 - Динаміка показників YMRS під час дослідження

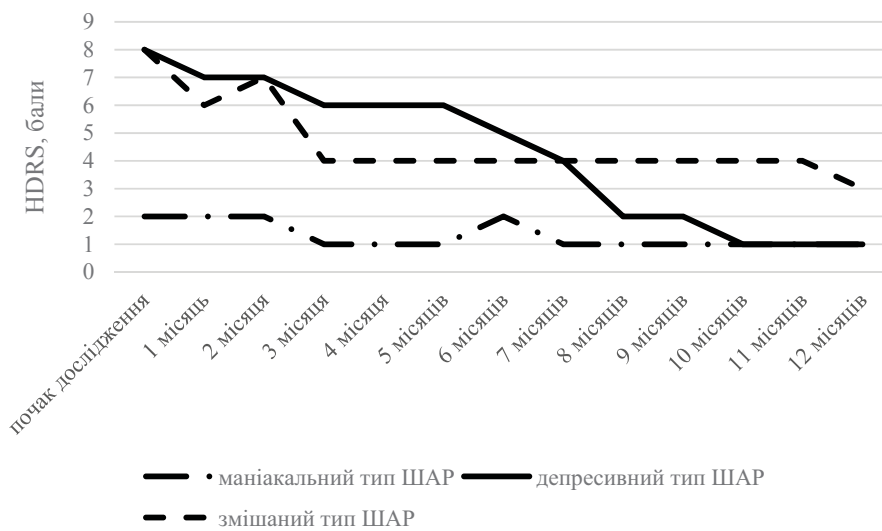


Рисунок 3 - Динаміка показників HDRS під час дослідження

відчуття дискомфорту у всьому тілі), зміни самопочуття у вигляді своєрідного зниження загального тону. При наявності будь-яких тілесних сенсацій (тяжкість в кінцівках, дискомфорт в шлунку м'язовий біль, головний біль, тяжкість в шлунку) увага хворих була прикута саме до зони дискомфорту. У той же час сон і апетит зазвичай були нормальними. Але в деяких випадках спостерігалися труднощі з засинанням, низька якість сну, раннє пробудження. Найчастіше синдром легкої астеничної недостатності спостерігався при депресивному типі ШАР, особливо часто після дебютів і рецидивів з вираженими депресивними явищами.

Гіперстенічна ремісія (зустрічалася у 23,8%) відрізнялася посиленням прагненням до діяльності, пацієнти виявляли велику активність при вирішенні своїх справ (працевлаштування, отримання пенсії та інш.). Вони безтурботно ставилися до перенесеного хворобливого стану. Своєрідне підвищення життєвого тону поєднувалося з суб'єктивним відчуттям повного благополуччя, почуттям бадьорості, оптимізмом, які часто не відповідали реальному стану, перспективам і можливостям. Хворі часто не відчували будь-якої втоми в кінці дня, були енергійними, наповненими активністю. У деяких випадках у них була присутня дратівливість, іронія, прискіпливість або грубість, бездушність, але без відкритих проявів гніву і агресії. Пацієнти легко знайомилися на вулиці, були схильні до авантюрного поведінки. Іноді вони намагалися зайнятися творчою діяльністю. Порушення сну і апетиту в даних випадках були відсутні. Гіперактивність і прагнення будь-перевороту перешкоди приводили до конфліктів з оточуючими. Гіперстенічний синдром в стані ремісії спостерігався у пацієнтів з маніакальним або змішаним типами ШАР.

Психопатоподібний тип ремісії (зустрічався у 34,2%) характеризувався раніше непритаманною пацієнтам вибуховістю, підвищеною емоційною збудливістю, іноді навіть з агресивними тенденціями, гіперсексуальністю, психастеничними проявами, гіперстезією, дратівливістю, конфліктами на роботі, надцінними раціоналізаторськими пропозиціями. Стан хворих розцінювалося оточенням і самими пацієнтами як різка зміна характеру. Найчастіше часто даний тип зустрічався при змішаному типі ШАР.

Ремісія із залишковим маренням (зустрічалась у 13,1%) характеризувалася готовністю до утворення марення, до ідей переслідування справа зазвичай не доходила, однак виявлялися окремі епізодичні, поверхневі ідеї відносин, причому в ряді випадків вони виникали в зв'язку з астенизуючими факторами.

Пацієнти, які перебували в стані часткової ремісії, зазвичай не досягали рівня ремісії на функціональному рівні, вимагали постійної підтримуючої терапії. 51,3% випадків (40 спостережень) переходили в повну клінічну ремісію, тобто період повного клінічного одужання (відсутні прояви захворювання як на синдромальному так і симптоматичному рівні). Вона відповідала стану еутимії і спостерігалася як після лікування на фоні підтримуючої терапії, так могла бути спонтанною. Однак, у таких пацієнтів спостерігалися слабо виражені безпричинні коливання настрою. Періоди «підйому» і «спаду» у них тривали від декількох годин до декількох днів і навіть тижнів. Періоди спаду нагадували легку ступінь астено-депресивного синдрому. Іноді ж на тлі деякого зниження настрою з'являлася дратівливість. У деяких пацієнтів виникала схильність до алкоголізації при поганому настрої або вживання інших психоактивних препаратів. Тимпатичний тип ремісії частіше формувалася при наявності у хворого ШАР вже в преморбіді схильності до коливань настрою.

Пацієнти з повною клінічною ремісією, незважаючи на відсутність ознак у них депресивної, маніакальної або змішаної симптоматики, все ж повністю не поверталися до нормального соціального життя. Вони характеризувалися підвищеним ризиком рецидиву захворювання. Тобто, вони не починали працювати, не відновлювали свої соціальні зв'язки, повноцінно не включалися в сімейне життя. У деяких хворих протягом 2 - 3 місяців клінічна ремісія переходила в функціональну.

Повна функціональна ремісія спостерігалася у 19 пацієнтів (24,4%). Вона означала не тільки відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання, але і повне повернення до попереднього соціального життя. Пацієнти повністю включалися в життя своєї сім'ї, поверталися на роботу, відновлювали все соціальні відносини і навіть прагнули до підвищення свого професійного та соціального рівня. Цей стан повністю відповідало поняттю «інтермісія». Найбільше пацієнтів напередодні функціональної ремісії перенесли загострення маніакального типу ШАР (12 випадків - 38,7%).

Висновки. 1. Ремісії при ШАР мали неоднорідну структуру і відрізнялися при різних клінічних варіантах один від одного не тільки за структурою, а й за тривалістю. Тривалі і найбільш повні по структурі ремісії спостерігалися при маніакальному і депресивному типі ШАР - $(11,54 \pm 4,79)$ і $(10,78 \pm 2,82)$ місяців відповідно, в порівнянні зі змішаним - $(6,25 \pm 1,33)$ місяців ($p < 0,05$).

2. Ремісія у пацієнтів з ШАР наступала поступово і мала кілька етапів: I етап - часткова ремісія (редукція основної психопатологічної симптоматики); II етап - пов-

на клінічна ремісія (період повного клінічного одужання (відсутні прояви захворювання як на синдромальному так і симптоматичному рівні); III етап - повна функціональна ремісія (повернення до соціального життя).

3. Пацієнти з депресивним і маніакальним типами ШАР проходили всі етапи ремісії від часткової до повної функціональної. У них тривалість функціональної ремісії була достовірно більше, ніж тривалість окремо взятих часткової і клінічної – $(6,61 \pm 3,38)$ та $(5,16 \pm 0,99)$ місяці відповідно. Таке часове й кількісне співвідношення етапів ремісії може свідчити про досить високу якість життя пацієнтів.

Разом з тим, ремісія після змішаного типу ШАР була не тільки менш тривалою, а й мала іншу структуру - схожі за тривалістю всі три етапи ремісії. При цьому період повної функціональної ремісії був найкоротшим з усіх трьох груп – $(2,09 \pm 0,89)$ місяців, $(p < 0,05)$. Це говорить про низьку якість ремісії.

3. Нами були виділені наступні клінічні синдроми, які найбільш часто зустрічалися у обстежених пацієнтів в стані часткової ремісії – астенічний (28,9 % обстежених пацієнтів), синдром залишкового марення (13,1 %), гіперстенічний (23,8 %) і психопатоподібний (34,2 %).

4. В 51,3% випадків пацієнти переходили з часткової ремісії в повну клінічну. Вона відповідала стану еутимії

і спостерігалася як після лікування на фоні підтримуючої терапії, так могла була спонтанною. Але пацієнти повністю не поверталися до нормального соціального функціонування.

5. Повна функціональна ремісія спостерігалася у 24,4% досліджених пацієнтів. Вона означала не тільки відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання, але і повне повернення до попереднього соціального життя.

Таким чином, ремісії при ШАР не є дискретними, а представляють собою континуум, що характеризується поступовим зникненням психопатологічної симптоматики і поверненням пацієнта до повноцінного життя. Тривалі і найбільш повні по структурі ремісії спостерігалися при маніакальному і депресивному типі ШАР, в порівнянні зі змішаним. При маніакальному типі ШАР частіше зустрічалася повна функціональна ремісія, що відповідало відновленню соціального функціонування. Залежно від етапу ремісії ШАР існує різний ризик рецидиву захворювання, тому обсяг і характер лікувально-реабілітаційних заходів, призначення підтримуючої терапії, повинні носити диференційований характер.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

- Freudenreich O. Schizoaffective Disorder: Conceptually Flawed, Clinically Relevant / O. Freudenreich // *Psychiatric Annals*. – 2020. – V. 50(5). – P.183-184. doi:10.3928/00485713-20200409-03
- Seldin K. Reducing the Diagnostic Heterogeneity of Schizoaffective Disorder / K. Seldin, K. Armstrong, M.L. Schiff, S. Heckers // *Front. Psychiatry*. – 10 February 2017. doi: 10.3389/fpsy.2017.00018
- Мосолов С. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении / С. Мосолов, А.Потапов, А. Шафаренко и др. // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2011. – Т.21, №3. – С. 36-42.
- Andreasen N. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus / N.Andreasen, W.Carpenter, Jr., J.Kane et al. // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – V. 162. – P.441-449.
- Марченко А. Валидизация шкалы для оценки автономии у больных шизофренией в ремиссии / А.Марченко, Г.Рупчев, М.Морозова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал*. – 2018. Т.10, № 3 (5). Доступно на: <http://mprj.ru> (по состоянию на 10 октября 2018 г.).
- Ван Ос Дж. Стандартизированные критерии ремиссии при шизофрении / Дж. Ван Ос, Т.Бернс, Т.Кавалларо и др. // *Клиническая и социальная психиатрия*. – 2006. - № 11. – С. 80-83.
- Lasser R. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection / R. Lasser, C. Bossie, G.Gharabawi, J.Kane // *Schizophrenia Research*.- 2005. – V. 77. – P. 215–227.
- Смулевич, А. Б. Ремиссии при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика [Текст] / А. Б. Смулевич, А. В., Андрущенко, Д. В. Романов, Н. В. Захарова // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2014. – №3. – С. 4-13.
- Nutt D. International consensus statement on major depressive disorder / D.Nutt, J.Davidson, A. Gelenberg // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2010. – V. 71, Suppl. E1. - P.108.
- Коцюбинский А. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание. А.Коцюбинский, А.Скорик, И.Аксенов и др. - Санкт-Петербург. – 2004.
- Ильина Н. Длительные ремиссии дискинетического типа при приступообразной шизофрении / Н.Ильина, Н.Захарова // *Журнал невропатологии и психиатрии*. – 2010. – Т.110, № 12. – С. 13-19.
- Смулевич А. Проблема ремиссии при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование / А. Смулевич // *Журнал невропатологии и психиатрии*. – 2007. – Т. 107, № 5. – С. 4-15.
- Захарова К. Качество и стабильность ремиссии при применении фармакотерапии у пациентов с депрессивными расстройствами / К. Захарова // Автореферат диссертации на соиск. уч.ст канд.мед.наук. - Москва. – 2008.
- Вазагаева Т.И. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов и трансперсональной психотерапии у больных с депрессивными расстройствами / Т.И.Вазагаева // Автореферат диссертации на соиск. уч.ст канд. мед.наук. - Москва. – 2010.
- Dombrowski A., Mulsant B., Houck P. et al. (2007) Residual symptoms and recurrence during maintenance treatment of late-life depression / A.Dombrowski, B.Mulsant, P.Houck et al. // *Journal of Affective Disorders*. -2007. - V. 103, № 1-3. - P. 77-82. doi:10.1016/j.jad.2007.01.020.
- Головаха Н. Адаптация больных шизоаффективным расстройством (клинический, динамический, реабилитационный аспекты) / Н. Головаха // Автореферат диссертации на соиск. уч.ст канд.мед.наук. - Москва. – 2004.
- Цуцельковская М. Клинические особенности течения и исход шизоаффективного психоза, манифестирующего в юношеском возрасте / М.Цуцельковская, В. Каледа // *Материалы научно-практической конференции «Аффективные и шизоаффективные психозы»*. - 1998. - С. 156-168.
- Parker G. How Well Does the DSM-5 Capture Schizoaffective Disorder? Dans quelle mesure le DSM-5 saisit-il bien le trouble schizoaffectif? / G. Parker // *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*. - 2019. - V. 64(9). – P. 607-610.

19. Hartman L.I. The continuing story of schizophrenia and schizoaffective disorder: One condition or two? / L.I.Hartman, R. W. Heinrichs, F. Mashhadi // *Schizophrenia Research: Cognition*. – 2019. – V. 16. – P. 36-42. - <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.01.001>.

20. Простомолотов В. Ф. Эмоционально неустойчивое расстройство личности по МКБ-10 в сравнительном сопоставлении с возбудимой и неустойчивой

психопатиями прежних систематик: диагностика, терапия, профилактика / В. Ф. Простомолотов // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. – 2016. – Т. 3, № 2. – С. 36-44. – Режим доступу: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8326>

REFERENCES

1. Freudenreich O. Schizoaffective Disorder: Conceptually Flawed, Clinically Relevant. *Psychiatric Annals*. 2020, vol. 50(5), pp. 183-184. doi:10.3928/00485713-20200409-03

2. Seldin K., Armstrong K., Schiff M.L., Heckers S. Reducing the Diagnostic Heterogeneity of Schizoaffective Disorder. *Front. Psychiatry*. -10 February 2017. doi: 10.3389/fpsy.2017.00018

3. Mosolov S., Potapov A., Shafarenko A., et al. Validation of standardized clinical and functional criteria for remission in schizophrenia. *Social and Clinical Psychiatry*. 2011, vol. 21, no. 3, pp. 36-42 [in Russ].

4. Andreasen N., Carpenter W., Jr., Kane J. et al. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry*. 2005, vol. 162, pp.441-449.

5. Marchenko A., Rupchev G., Morozova M. Validation of the scale to assess autonomy in patients with schizophrenia in remission. *Journal of Medical Psychology in Russia*. 2018, vol. 10, no 3(50). Available at: <http://mprj.ru> (accessed 10 October 2018) [in Russ].

6. Van Os Dzh., Berns T., Kavallaro T. et al. Standardized criteria for remission in schizophrenia. *Clinical and Social Psychiatry*. 2006, no. 11, pp. 80-83 [in Russ].

7. Lasser R., Bossie C., Gharabawi G., Kane J. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophr. Res.* 2005, vol. 77, pp. 215–227.

8. Smulevich A., Andryuschenko F., Romanov D., Zaharova N. Remissions for affective diseases: epidemiology, psychopathology, clinical and social prognosis, secondary prevention. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014, no. 3, pp. 4-13 [in Russ].

9. Nutt D., Davidson J., Gelenberg A. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010, vol. 71, suppl. E1, p.108.

10. Kotsyubinskii A., Skorik A., Aksenov I. et al. Schizophrenia: vulnerability - diathesis - stress - disease. *St. Petersburg*. 2004 [in Russ].

11. Іліна Н., Zaharova N. Long-term remission of the dyskinetic type in paroxysmal schizophrenia. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 2010, vol.110, no 12, pp. 13-19 [in Russ].

12. Smulevich A. The problem of remission in schizophrenia: a clinical and epidemiological study. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 2007, vol. 107, no 5, pp. 4-15 [in Russ].

13. Zaharova K. The quality and stability of remission in the application of pharmacotherapy in patients with depressive disorders. (PhD Thesis). Moscow. 2008. [in Russ].

14. Vazagaeva T.I. Quality and persistence of remission in the use of antidepressants and transpersonal psychotherapy in patients with depressive disorders. (PhD Thesis). Moscow. 2010. [in Russ].

15. Dombrovski A., Mulsant B., Houck P. et al. Residual symptoms and recurrence during maintenance treatment of late-life depression. *J Affect Disord*. 2007, vol. 103, no 1-3, pp. 77-82. DOI:10.1016/j.jad.2007.01.020.

16. Golovaha N. Adaptation of patients with schizoaffective disorder (clinical, dynamic, rehabilitative aspects). (PhD Thesis). Moscow. 2004. [in Russ].

17. Tsutsul'kovskaya M., Kaleda V. Clinical features of the course and outcome of schizoaffective psychosis, manifest in adolescence. *Proceedings of the scientific-practical conference "Affective and schizoaffective psychoses"*. 1998, pp. 156-168. [in Russ].

18. Parker G. How Well Does the DSM-5 Capture Schizoaffective Disorder? Dans quelle mesure le DSM-5 saisit-il bien le trouble schizo-affectif? *The Canadian Journal of Psychiatry*. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2019, vol. 64(9), pp. 607-610.

19. Hartman L.I., Heinrichs R.W., Mashhadi F. The continuing story of schizophrenia and schizoaffective disorder: One condition or two? *Schizophrenia Research: Cognition*. 2019, vol. 16, pp. 36-42. - <https://doi.org/10.1016/j.scog.2019.01.001>.

20. Prostromolotov V. Emotionally Unstable Personality Disorder According To Icd-10 Relatively Compared To Excitable And Unstable Psychopath Of Previous Systematics: Diagnostics, Therapy, Prevention. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 2016, vol. 2, no 2, pp. 36-44. Retrieved from <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8326> [in Russ].

СТРУКТУРА РЕМИСИЙ ПРИ ШИЗОАФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

**Серикова
Ольга Ивановна**

*Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», 61068, г. Харьков, ул. Академика Павлова, 46
olserikova@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-7263-2707

**Скряник
Ольга Вячеславовна***

olskrynnik@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0003-1450-5133

**Серикова
Ольга Сергеевна***

olga.s.serikova@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-6559-1073

В статье описаны результаты сравнительного исследования современных особенностей клинко-динамической структуры ремиссии шизоаффективного расстройства (ШАР) в зависимости от его типа. С помощью клинко-психопатологического метода с аналитическим изучением доступной медицинской документации и метода катамнестии

ческого обследования были проанализированы ремиссии у 78 больных ШАР. Параллельно в течение года степень выраженности клинических проявлений заболевания определялась с помощью психометрических шкал (шкала мании Янга – YMRS, шкала депрессии Гамильтона – HDRS, шкала позитивных и негативных симптомов – PANSS). На основе анализа полученных данных выделено несколько степеней ремиссии – частичная, полная клиническая и полная функциональная ремиссия. Под частичной ремиссией мы понимали состояние, когда имели место выраженная редукция клинических проявлений, но наблюдались остаточная продуктивная симптоматики, неполная критика к перенесенного состоянию и социальная дезадаптация. Полная клиническая ремиссия свидетельствовала об отсутствии каких-либо клинически значимых симптомов заболевания, но социальное функционирование было снижено. Для полной функциональной ремиссии были присущи отсутствие каких-либо клинических проявлений заболевания и хорошая социальная адаптация пациента. Все больные проходили стадию частичной ремиссии, однако примерно половина из них (40 наблюдений – 51,3%) переходила в полную клиническую ремиссию. Стойкая частичная ремиссия, которая потом не трансформировалась в клиническую наблюдалась у 38 больных ШАР (48,7%). Она была представлена следующими синдромами - астенический (28,9%), гиперстенический (23,8%), психопатоподобный (34,2%), синдром остаточного бреда (13,1%). Полная функциональная ремиссия была обнаружена у 19 пациентов (24,4%). Полученные данные свидетельствуют, что наиболее длительные и наиболее полные по структуре ремиссии наблюдались при маниакальном и депрессивном типе ШАР, по сравнению со смешанным. При маниакальном типе ШАР чаще встречалась полная функциональная ремиссия (12 случаев – 38,7%), при депрессивном типе – полная клиническая ремиссия (8 пациентов – 32,0%), при смешанном типе – частичная ремиссия (10 пациентов – 38,5%). В зависимости от типа ремиссии ШАР существует разный риска рецидива заболевания, поэтому объем и характер лечебно-реабилитационных мероприятий, назначение поддерживающей терапии должны носить дифференцированный характер.

Ключевые слова: шизоаффективным расстройством, ремиссия, клиника, психометрические шкалы, социальная адаптация.

REMISSION STRUCTURE IN SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

Olga Syerikova

*State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Akademika Pavlova street, 46, 61068, Kharkiv
olserikova@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-7263-2707

Olga Skrynnyk*

olskrynnyk@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0003-1450-5133

Olga Serikova*

olga.s.serikova@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-6559-1073

The article describes the comparative study of clinical and dynamic structure of remission in schizoaffective disorder (SAD), depending on its type. With the help of the clinical-psychopathological method with an analytical study of available medical documentation and the method of follow-up examination, remissions were analyzed in 78 patients with SAD. In parallel, during the year, the severity of clinical manifestations of the disease was determined using psychometric scales (Young Mania Rating Scale – YMRS, Hamilton Depression Rating Scale – HDRS, Positive and Negative Symptoms Scale – PANSS). Several degrees of remission were identified – partial, complete clinical and complete functional remission. By partial remission, we understood a state when there was a pronounced reduction in clinical manifestations, but residual productive symptoms, poor insight and social maladjustment were observed. Complete clinical remission indicated the absence of any clinically significant signs, but social functioning was reduced. Full functional remission was characterized by the absence of any clinical signs and patient's good social adaptation. All patients went through the stage of partial remission, however, about half of them (40 observations – 51.3%) went into complete clinical remission. Persistent partial remission which later did not transform into clinical remission was observed in 38 patients with SAD (48.7%). It was represented by the following syndromes — asthenic (28.9%), hypersthenic (23.8%), psychopathic (34.2%), residual delusional syndrome (13.1%). Complete functional remission was found in 19 patients (24.4%). The data obtained indicate that the longest and most complete remissions were observed in manic and depressive types of SAD compared with mixed ones. In the manic type of SAD complete functional remission was more common (12 cases – 38.7%), with the depressive type - complete clinical remission (8 patients – 32.0%), with the mixed type - partial remission (10 patients – 38.5%). Depending on the type of SAD remission there is a different risk of disease recurrence, therefore, the treatment and rehabilitation measures, the appointment of maintenance therapy should be differentiated.

Key words: schizoaffective disorder, remission, clinical picture, psychometric scales, social adaptation.