

М. Є. Хоміцький

СТРУКТУРА І ТИПИ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА ПОКАЗНИКИ АДАПТИВНОСТІ/ДЕЗАДАПТИВНОСТІ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Н. Е. Хоміцький

Структура и типы реагирования на болезнь и показатели адаптивности/дезадаптивности при эндогенных психозах с эпизодическим течением в контексте постманифестных патоперсоналогических трансформаций

М. Ye. Khomitskyi

Structure and types of response to disease and indexes of adaptability/maladaptation in endogenous psychoses with episodic course in the context of pathopersonological transformations in post-manifestation period

У дослідженні вивчено структуру і типи реагування на хворобу (РНХ) та показники адаптивності/дезадаптивності у 312 пацієнтів з ендогенними психозами з епізодичним перебігом (шизофренія, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР)) в станах ремісії/інтермісії та проведено їх порівняльний аналіз. Характеристики РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності при ендогенних психозах з епізодичним перебігом в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких постманифестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. У пацієнтів, що хворіють на ендогенні психози з епізодичним перебігом, наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Зокрема, серед хворих з дезадаптивними типами РНХ чималу частку становлять типи з інтерпсихічною спрямованістю (74,0 % контингенту при АР, 55,9 % обстежених при ШАР та 57,6 % при шизофренії), що є ознакою використання особистісних резервів у протистоянні негативному впливу захворювання. Вищезазначений резерв особистісних адаптаційних можливостей при АР є найбільшим, про що свідчить більша ($\chi^2 = 6,065, p < 0,05$) частка типів з інтерпсихічною спрямованістю в структурі дезадаптивних типів РНХ. Отримані дані можуть бути втілені у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

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

В исследовании изучена структура и типы реагирования на болезнь (РНХ) и показатели адаптивности/дезадаптивности 312 пациентов с эндогенными психозами с эпизодическим течением (шизофрения, шизоаффективное расстройство (ШАР) и аффективные расстройства (АР)) в состояниях ремиссии/интермиссии и проведен их сравнительный анализ. Характеристики РНХ и показатели адаптивности/дезадаптивности при эндогенных психозах с эпизодическим течением в период ремиссии/интермиссии являются признаками стойких постманифестных патоперсоналогических трансформаций и имеют нозоспецифические различия. У пациентов, страдающих эндогенными психозами с эпизодическим течением, имеется резерв личностных адаптационных возможностей. Это подтверждается тем, что среди больных с дезадаптивных типами РНХ значительную долю составляют типы с интерпсихической направленностью (74,0 % контингента при АР, 55,9 % обследованных при ШАР и 57,6 % при шизофрении), что является признаком использования личностных резервов в противостоянии негативному влиянию заболевания.

Пациенты с АР характеризуются наибольшим резервом личностных адаптационных возможностей, о чем свидетельствует наибольшая ($\chi^2 = 6,065, p < 0,05$) доля типов с интерпсихической направленностью в структуре дезадаптивных типов РНХ. Полученные данные могут быть воплощены в систему дифференциальной диагностики и протидействия социальной дезадаптации, формирующейся в результате воздействия болезни.

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

The study examined the structure and types of attitude toward the disease (ATD) and adaptability/maladaptation indices in 312 patients with endogenous episodic episodes (schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD)) in remission/intermittent states and compared them. Characteristics of ATD and indicators of adaptability/disadaptation in endogenous psychosis with episodic course in the remission/intermission period are a sign of stable post-manifestation of pathopersonological transformations and have nosospecific differences. Patients suffering from endogenous episodic psychosis have a reserve of personal adaptive capacity. This is confirmed by the fact that among patients with maladaptive types of ATD, a significant percentage is of the types with an interpsychic orientation (74.0 % of the contingent in AD, 55.9 % of those surveyed with SAD and 57.6 % with schizophrenia), which is a sign of the use of personal reserves in confronting the negative effects of the disease.

The above-mentioned reserve of personal adaptation possibilities in AD is the largest, as shown by the larger ($\chi^2 = 6.065, p < 0.05$) percentages of types with an interpsychic orientation in the structure of maladaptive types of ATD. The obtained data can be implemented into the system of differential diagnosis and counteraction to social maladaptation, which is formed as a result of the disease.

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

Успішність лікування ендогенних психозів (шизофренія, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР) — біполярний афективний і рекурентний депресивний розлади) залежить від своєчасної діагностики (з визначенням нозологічної належності) та відповідних лікувально-реабілітаційних заходів, які призначають з огляду на нозологічний діагноз [1, 2] та індивідуальні особливості пацієнта [3, 4]. Варто наго-

лосити, що все більш явною стає тенденція подальшої диссолюції психіатричної діагностичної та класифікаційної систем з нозологічного до синдромального рівня, або, навіть, до рівня феномена чи симптому (відповідно до класифікацій, які запропоновано замість теперішніх) [5]. Запровадження вищезазначеного підходу, хоча і призведе до зменшення стигматизувального впливу наявної термінології, яку використовують з часів становлення нозологічного підходу, та вона є широко відомою у суспільстві, але й може стати

причиною чималих негативних наслідків. Це можна стверджувати з огляду на те, що тільки нозологічне (на відміну від синдромального й феноменологічного) виокремлення конкретного клінічного випадку дає можливість лікарю передбачати подальший розвиток захворювання зі своєчасним формуванням системи персоніфікованих лікувально-реабілітаційних заходів, які враховуватимуть актуальний стан пацієнта та найбільш вірогідні тенденції подальшого розвитку клінічної картини [3—5]. Відмова від подальшого розроблення механізмів патогенезу на засадах нозологічного підходу неминуче призведе і до регресу рівня лікувально-реабілітаційних підходів — з етіопатогенетичного до симптоматичного.

Щодо кластеру ендогенних психозів з епізодичним перебігом, зупинення діагностичного пошуку на етапі визначення наявного у пацієнта афективно-маячного синдрому певною мірою обмежує вибір персоніфікованої терапії (як активної, так і підтримувальної). Адже патогенетичні зв'язки між афективною та маячною складовими частинами вищезазначеного синдрому при шизофренії, ШАР та АР мають принципові відмінності [1, 2]; це стосується і необхідних психофармакологічних та, в подальшому, психотерапевтичних втручань [4, 6].

В групі ендогенних психозів з епізодичним перебігом диференціально-діагностичним (і, відповідно, прогностичним) найважливішим критерієм ми вважаємо постманіфестні патоперсоналогічні трансформації [7]. Всебічне вивчення цього аспекту клінічної картини дасть можливість впливати на динаміку та ознаки захворювання, які стають головною причиною зниження рівня соціальної адаптації в період ремісії. Серед чинників формування патоперсоналогічних трансформацій при ендогенних психозах найменш дослідженою є психогенна (нозогенна) складова частина, пов'язана з особистісним реагуванням на хворобу (РНХ). Вивчення цього аспекту допоможе окреслити патоперсоналогічні трансформації та визначити їх нозоспецифічність при ендогенних епізодичних психозах, з подальшим втіленням результатів у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

Мета дослідження: на ґрунті результатів порівняльного аналізу структури і типів реагування на хворобу та показників адаптивності/дезадаптивності встановити ознаки постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективними розладами та афективними розладами у станах ремісії/інтермісії.

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 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Група 1 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів — 45,0 ± 10,3 роки; розподіл за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання — від 2-х до 35 років (середній показник — 16,8 ± 8,3 роки). Середній вік пацієнтів на момент початку захворю-

вання у виборці становив 28,2 ± 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 виборці цей показник становив 11,9 ± 6,8 разів.

В групі 2 середній вік пацієнтів дорівнював 47,9 ± 10,2 роки; розподіл за статтю: 70 жінок та 32 чоловіки; тривалість захворювання у виборці була від 2-х до 40 років, середній показник — 14,4 ± 8,6 років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці — 33,5 ± 10,3 роки. 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 становив 6,9 ± 5,0 разів.

Група 3 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів 39,0 ± 9,7 років; розподіл за статтю: 59 жінок та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 32, середній показник 13,5 ± 8,1 років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці — 25,5 ± 6,3 роки. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 18-ти епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у виборці цей показник становив 6,3 ± 3,8 разів.

Обов'язковими критеріями включення до вибірки були 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, патопсихологічний, клініко-анамнестичний та клініко-катамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження.

Клініко-анамнестичний метод був застосований у вигляді поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод становив аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збирання даних за допомогою опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Патопсихологічним методом було досліджено РНХ та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [8]. Результати обстеження становлять інтегральні клінічні висновки, які отримані під час аналізу кількісних даних окремих субшкал, що дозволяє вважати фінальні результати методики як якісні показники.

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. Під час оброблення первинних даних було використано математичні методи: критерій узгодженості Колмогорова — Смирнова; оцінка дисперсій за кожною шкалою з використанням критерію рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл та рівні дисперсії, було обчислено за *t*-критерієм Стьюдента з використанням поправки Бонферроні під час проведення множинного порівняння незалежних груп. Під час оцінювання якісних ознак було застосовано метод аналізу довільних таблиць з обчисленням непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 та критерій Стьюдента *t*).

Під час порівняння кількісних показників особливостей РНХ виявлено, що група 1 характеризувалась найнижчим ($p < 0,01$) показником 3 (Анозогнозичний) типу РНХ, який дорівнював $8,10 \pm 6,79$ балів (в групах 2 та 3 — $12,56 \pm 10,53$ та $12,00 \pm 9,98$ балів відповідно). Також в групі 1 зафіксовано переважання над іншими групами порівняння ($p < 0,01$) показників І (Іпохондричний) типу РНХ — $10,12 \pm 7,41$ балів та М (Меланхолічний) типу — $10,76 \pm 8,65$ балів. Відповідні показники в групах 2 та 3 становили за І типом РНХ $6,69 \pm 5,44$ та $6,87 \pm 4,84$ бали, а за М типом — $6,97 \pm 5,95$ та $7,58 \pm 5,88$ балів відповідно. Структура РНХ в групі 2 характеризується вищими ($p < 0,01$), ніж у групах 1 та 3, показниками Е (Егоцентричний) та Д (Дисфоричний) типів РНХ: показник Е типу дорівнював в групі 1 — $9,47 \pm 7,51$ балів, в групі 2 — $14,61 \pm 8,84$ бали, та в групі 3 — $10,95 \pm 7,45$ балів; показник Д типу РНХ становив $7,29 \pm 6,96$, $10,97 \pm 8,29$ та $7,74 \pm 6,75$ балів відповідно. Показник С (Сенситивний) типу РНХ в групі 2 дорівнював $8,57 \pm 7,06$ балів — та був меншим, ніж показники в групі 1 ($13,55 \pm 10,40$ балів, $p < 0,01$) та групі 3 ($11,50 \pm 7,30$ балів, $p < 0,05$). В групі 3 виявлено переважання ($p < 0,05$) за показником А (Апатичний) типу РНХ ($8,27 \pm 7,68$ балів) над показниками групи 1 ($5,05 \pm 3,83$ бали) та групи 2 ($5,74 \pm 4,47$ балів). Під час порівняння показників, отриманих за Т (Тривожний) типом РНХ, виявлено статистично вірогідні відмінності ($p < 0,05$) між усіма групами порівняння, а саме: група 3 ($8,52 \pm 6,90$ балів) < група 1 ($10,99 \pm 7,64$ бали) < група 2 ($13,84 \pm 8,51$ балів).

Отримані показники обстеження наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Кількісні характеристики типів реагування на хворобу у групах дослідження

Тип РНХ	Виразеність, бали		
	Група 1 (N = 102)	Група 2 (N = 102)	Група 3 (N = 108)
Г (Гармонійний)	$21,78 \pm 9,23$	$19,54 \pm 6,87$	$19,06 \pm 6,70$
Р (Ергопатичний)	$15,84 \pm 7,95$	$17,40 \pm 8,33$	$15,52 \pm 7,94$
З (Анозогнозичний)	$8,10 \pm 6,79^{**}$	$12,56 \pm 10,53$	$12,00 \pm 9,98$
Т (Тривожний)	$10,99 \pm 7,64^*$	$13,84 \pm 8,51^*$	$8,52 \pm 6,90^*$
І (Іпохондричний)	$10,12 \pm 7,41^{**}$	$6,69 \pm 5,44$	$6,87 \pm 4,84$
Н (Неврастенічний)	$8,92 \pm 7,09$	$7,90 \pm 6,67$	$7,39 \pm 5,64$
М (Меланхолічний)	$10,76 \pm 8,65^{**}$	$6,97 \pm 5,95$	$7,58 \pm 5,88$
А (Апатичний)	$5,05 \pm 3,83$	$5,74 \pm 4,47$	$8,27 \pm 7,68^*$
С (Сенситивний)	$13,55 \pm 10,40$	$8,57 \pm 7,06^*$	$11,50 \pm 7,30$
Е (Егоцентричний)	$9,47 \pm 7,51$	$14,61 \pm 8,84^{**}$	$10,95 \pm 7,45$
П (Параноальний)	$6,08 \pm 5,41$	$8,18 \pm 7,82$	$8,16 \pm 7,43$
Д (Дисфоричний)	$7,29 \pm 6,96$	$10,97 \pm 8,29^{**}$	$7,74 \pm 6,75$

Примітки. N — кількість хворих; рівень статистичної вірогідності: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

Під час подальшого аналізу отриманих результатів було встановлено показники адаптивності/дезадап-

тивності. В групі 1 виявлено 12 випадків «чистих» типів з першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні) та 17 випадків «змішаного» Р-3 типу, що разом становить 28,4 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (73 особи, 71,6 % обстежених) переважали типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) — 26 осіб (25,5 % контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи РНХ з другого та третього блоків, з переважанням останнього — 28 осіб (27,5 %). Групу з інтрапсихічною спрямованістю РНХ (другий блок за ТОБОЛ) становили 8 осіб (7,8 % контингенту). У 11 осіб (10,8 % контингенту) профіль РНХ містив типи обох дезадаптивних блоків з переважанням другого (інтрапсихічна спрямованість). Отже, в групі 1 серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 74,0 %, а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 26,0 %.

В групі 2 виявлено 34 випадки типів з першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні), як у вигляді «чистих», так і «змішаних» типів РНХ, що разом становить 33,3 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (68 осіб, 66,7 % обстежених) типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) переважали над типами з інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ) — і становили 29 осіб (28,4 % контингенту) та 21 (20,6 % контингенту) відповідно. «Змішані» і «дифузні» дезадаптивні клінічні варіанти, які одночасно містили РНХ з другого та третього блоків, становили 18 осіб (17,6 %), та за ознакою переважання інтра- або інтерпсихічної спрямованості були розподілені порівну — по 9 осіб (8,8 % контингенту). Отже, в групі 2, серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 55,9 % (38 осіб), а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 44,1 % (30 осіб).

В групі 3 виявлено 42 випадки «чистих» та «змішаних» типів РНХ, які належать до першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні), що разом становить 38,9 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (66 осіб, 61,1 % обстежених) виявлено типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) — 20 осіб (18,5 % контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи РНХ з другого та третього блоків, з переважанням першого — 8 осіб (7,4 %). Група з інтерпсихічною спрямованістю РНХ (третій блок за ТОБОЛ) становила 25 осіб (23,1 % контингенту). У 13 осіб (12,0 % контингенту) профіль РНХ містив типи обох дезадаптивних блоків з переважанням типів з третього блоку (інтерпсихічна спрямованість). Отже, в групі 3 серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 57,6 %, а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 42,4 %.

Під час оцінювання розподілу контингентів з дезадаптивними типами РНХ виявлено (табл. 2), що дезадаптивні типи з інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ) в групах 2 та 3 (44,1 % та 42,4 % контингенту відповідно) спостерігаються частіше ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$), ніж в групі 1 (26,0 % контингенту). Відповідно до цього частки пацієнтів, у яких наявні дезадаптивні типи РНХ з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ), в групах 2 (55,9 % контингенту) та 3 (57,6 % контингенту) — є меншими ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$) порівняно з групою 1 (74,0 % контингенту).

Таблиця 2. Розподіл контингентів груп порівняння з дезадаптивними типами РНХ за інтра- та інтерпсихічною спрямованістю

Типи дезадаптивних РНХ	Група 1 (N = 73)		Група 2 (N = 68)		Група 3 (N = 66)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
З інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ)	19*	26,0	30*	44,1	28*	42,4
З інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ)	54*	74,0	38*	55,9	38*	57,6
Разом	73	100	68	100	66	100

Примітки: * — рівень статистичної вірогідності $p < 0,05$

Отже, в дослідженні визначено структуру і типи РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з ендogenousними психозами з епізодичним перебігом в станах ремісії/інтермісії та проведено їх порівняльний аналіз.

Під час порівняння кількісних показників клінічних типів РНХ виявлено, що група АР характеризується меншими ($p < 0,01$) показниками кількості З типу РНХ, але переважає ($p < 0,01$) за показниками І та М типів. Виявлені відмінності у структурі РНХ при АР можуть бути оцінені як ознака стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій з депресивними проявами субклінічного рівня та формуванням «депресивного стилю поведінки».

Структура РНХ при ШАР характеризується більш високими ніж при АР та шизофренії, показниками Е ($p < 0,01$), Д ($p < 0,01$) та Т типів ($p < 0,05$) РНХ, та найнижчим ($p < 0,05$) показником С типу РНХ. Виявлені відмінності у структурі РНХ при ШАР можуть бути оцінені як ознака стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій складної структури, до якої входять, зокрема, емоційна нестійкість та егоцентризм.

Особливості структури РНХ при шизофренії характеризуються переважанням ($p < 0,05$) А типу, що закономірно доповнюється низьким рівнем ($p < 0,05$) Т типу РНХ, та може бути кваліфіковано як ознака нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформацій (емоційно-вольове зниження).

Ендogenousні психози з епізодичним перебігом характеризуються дезадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується переважанням у пацієнтів дезадаптивних типів РНХ (71,6 % контингенту — при АР, 66,7 % — при ШАР та 61,1 % — при шизофренії), до яких входять клінічні варіанти РНХ, — як з інтра-, так і з інтерпсихічною спрямованістю.

У пацієнтів, що хворіють на ендogenousні психози з епізодичним перебігом, наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Це підтверджується тим, що серед хворих з дезадаптивними типами РНХ чималу частку становлять типи з інтерпсихічною спрямованістю (74,0 % контингенту при АР, 55,9 % обстежених при ШАР та 57,6 % при шизофренії), що є ознакою використання особистісних резервів у протистоянні негативному впливу захворювання. Вищезазначений резерв особистісних адаптаційних можливостей при АР є найбільшим, про що свідчить більша частка ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$) типів з інтерпсихічною спрямованістю в структурі дезадаптивних типів РНХ.

Характеристики РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності при ендogenousних психозах з епізодичним перебігом в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких

постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. Отримані дані можуть бути втілені у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

Список літератури

1. Підкоритов В. С., С. О. Сазонов Н. А., Байбарак Н. А. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів // Медична психологія. 2014. Т. 9. № 3. С. 71—77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2014_9_3_16.
2. Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression — a systematic review and meta-analysis // Bipolar Disord. 2015. Vol. 17. Issue 7. P. 753—768. DOI: 10.1111/bdi.12340.
3. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 135.
4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство : коллективная монография / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. М. : Медпрактика-М, 2015. 420 с.
5. Мучник П. Ю., Снедков Е. В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 2. С. 32—36.
6. 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). P. 309—14. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.
7. Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендogenousних психозів у станах ремісії/інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз) // Запорізький медичний журнал. 2018. Т. 20, № 5 (110). С. 696—700.
8. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.

Надійшла до редакції 22.05.2019 р.

ХОМІЦЬКИЙ Микола Євгенович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: nhomitski@ukr.net

KNOMITSKYI Mykola, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: nhomitski@ukr.net