

М. Є. Хоміцький

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМІСІЇ
ШИЗОАФЕКТИВНОГО ТА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ
У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ
(ПОРІВНЯЛЬНИЙ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Проведення диференційної діагностики на початку розвитку ендегенного психозу та чітке визначення нозологічної належності дасть можливість оптимізувати терапевтичні та соціально-реабілітаційні заходи для підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя пацієнтів. Визначення нозоспецифічних маркерів невербальної поведінки як ознак постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій при шизоафективному розладі та афективних розладах розширить теоретичні уявлення про ці захворювання та дасть можливість проводити диференційну діагностику високого рівня достовірності.

Мета – вивчення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на шизоафективний розлад та афективні розлади.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 148 пацієнтів Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні, які страждають на шизоафективний розлад (81 особа) та афективні розлади (67 осіб), у стані ремісії. Методи дослідження – клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний та клініко-етологічний, а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Пацієнти, що страждають на шизоафективний розлад, у соціально-комунікативній поведінці демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів. У пацієнтів з афективними розладами наявні невербальні ознаки субклінічних тривожно-депресивних проявів.

Висновки. Отримані результати свідчать про наявність ознак нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та можуть бути використані для диференційної діагностики.

Ключові слова: шизоафективний розлад, афективні розлади, клініка, поведінка, патоперсоналогічні особливості, компаративний аналіз.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМИССИЙ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА
И АФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ
(СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Н. Е. Хомичкий

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Актуальность. Проведение дифференциальной диагностики на начальном этапе развития эндогенного психоза и четкое определение нозологической принадлежности позволит оптимизировать терапевтические и социально-реабилитационные мероприятия для повышения уровня социальной адаптации и качества жизни пациентов. Определение нозоспецифических маркеров невербального поведения как признаков устойчивых патоперсоналогических трансформаций при шизоаффективном расстройстве и аффективных расстройствах расширит теоретические представления об этих заболеваниях и позволит проводить дифференциальную диагностику высокого уровня достоверности.

Цель – изучение клинико-психопатологических (с использованием клинико-этиологического метода) характеристик состояний ремиссии у пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством и аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 148 пациентов Запорожской областной клинической психиатрической больницы, страдающих шизоаффективным расстройством (81 человек) и аффективными расстройствами (67 человек), в период ремиссии. Методы исследования – клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и клинико-этиологический, а также медико-статистический анализ.

Результаты. Пациенты, страдающие шизоаффективным расстройством, при социально-коммуникативном поведении демонстрируют специфический комплекс невербальных поведенческих компонентов, характеризующийся значительным содержанием агрессивно-предупредительных элементов. У пациентов с аффективными расстройствами выявлены невербальные признаки субклинических тревожно-депрессивных проявлений.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии нозоспецифических постманіфестных патоперсоналогических трансформаций и могут быть использованы для дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, клиника, поведение, патоперсоналогические особенности, компаративный анализ.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REMISSION OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER
AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD
(COMPARATIVE CLINICAL-ETHOLOGICAL ANALYSIS)

M. Ye. Khomitskiy

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Background. Conducting differential diagnostics at the beginning of the development of endogenous psychosis and a clear definition of nosological affiliation will enable to optimize therapeutic and social rehabilitation measures in order to increase the level of social adaptation and quality of life of patients. Determination of nosospecific markers of nonverbal behavior as signs of pathopersonological transformations in schizoaffective disorder and affective disorders in post-manifestation period will broaden the theoretical understanding of these diseases and provide an opportunity to conduct differential diagnosis of a high level of reliability.

The objective of the work is the study of clinical and psychopathological (using the clinical-ethological method) characteristics of remission states in patients suffering from schizoaffective disorder and affective disorders.

Materials and methods. A comprehensive survey was conducted of 148 patients of the Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital suffering from schizoaffective disorder (81 persons) and affective disorders (67 persons) during remission. Methods of research: clinical-catamnestic, clinical-psychopathological and clinical-ethological, as well as medical-statistical analysis.

Results. Patients suffering from schizoaffective disorder, during social-communicative behavior, demonstrate a specific complex of nonverbal behavioral components that is characterized by a significant content of aggressive and preventive elements. Nonverbal signs of subclinical anxiety-depressive manifestations were revealed in patients with affective disorders.

Conclusions. The obtained results indicate the presence of nosospecific pathopersonological transformations in post-manifestation period and can be used for differential diagnosis.

Keywords: schizoaffective disorder, affective disorders, clinic, behavior, pathopersonological features, comparative analysis.

For citation: Khomitskiy M. Ye. Clinical-psychopathological characteristics of remission of schizoaffective disorder and affective disorders in the context of pathopersonological transformations in post-manifestation period (comparative clinical-ethological analysis). *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 207–211. (In Ukr.).

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): nhomitski@ukr.net

Received / Поступила: 26.09.2018

Accepted / Прийнята до друку: 18.10.2018

Актуальність. Рання нозологічна діагностика в групі ендогенних психозів з епізодичним перебігом є однією з важливих теоретичних та практичних проблем сучасної психіатрії, що обумовлено значною питомою вагою в структурі захворюваності, інвалідності та навіть смертності населення внаслідок ауто- та гетероагресії [1–4]. Об'єктивні труднощі диференційної діагностики цих станів у період загострення обумовлені клінічною схожістю афективних станів психотичного рівня, афективно-параноїдних та маячних станів з афективними та кататонічними включеннями. Ускладнює діагностику поліморфність симптоматики, «стертий» характер загострень на фоні прийому підтримувальної терапії, відносна рідкість класичних «клішованих» фаз [1, 4–6].

Гуманістичні зміни парадигми надання психіатричної допомоги диктують необхідність орієнтації на якість життя пацієнта в стані ремісії, яка, в свою чергу, обумовлена збереженням адекватного рівня соціального функціонування. Уявлення про обов'язкову наявність повноцінних інтермісій при шизоафективному розладі (ШАР) та афективних розладах (АР), до яких належать біполярний афективний та рекурентний депресивний розлади, в останні роки піддаються критиці, через те, що в період між фазами захворювання спостерігаються неврозоподібні, нейрокогнітивні порушення та зниження трудової й соціальної адаптації загалом [2, 3]. Стійкість, складна курабельність цих непсихотичних поліморфних симптомів (до яких належать порушення афективної сфери, нейрокогнітивного функціонування, сну, уваги, мотивації, соціальної взаємодії тощо) дає підстави відносити їх до патоперсоналогічних трансформацій.

Об'єктивізацію вищезазначених змін утруднює зниження критики, порушення комплаєнсу в пацієнтів, які страждають на ендогенні психози, що призводить до явищ дисимуляції та агравації. Перспективними, тобто такими, що дозволяють нівелювати вищезазначені явища та об'єктивізувати психічний стан і особливості соціально-комунікативної взаємодії, є методики, побудовані на клініко-етологічному підході [7, 8]. Визначення нозоспецифічних маркерів невербальної поведінки як ознак стійких патоперсоналогічних трансформацій при ШАР та АР розширить теоретичні уявлення про ці захворювання та дасть можливість проводити диференційну діагностику високого рівня достовірності. Завдяки цьому стане можливим оптимізувати терапевтичні та соціально-реабілітаційні заходи для підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя пацієнтів, що страждають на ендогенні психози.

Мета дослідження – вивчення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на ШАР та АР.

Матеріали та методи дослідження

На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 148 пацієнтів, серед яких 81 особа із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 1) та 67 пацієнтів з діагнозами «біполярний афективний розлад» (48 осіб) та «рекурентний депресивний розлад» (19 осіб), яких було об'єднано в групу 2 (афективні розлади). Діагностику вищезазначених захворювань проводили згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Група 1 мала наступні характеристики: середній вік обстежених складав $41,8 \pm 8,9$ років; розподіл за статтю – 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці була від 3 до 35 років, середній показник – $15,5 \pm 6,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці складав $26,3 \pm 7,4$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 28 епізодів хвороби та пов'язаних з нею госпіталізацій, в середньому в групі 1 цей показник склав $11,4 \pm 5,9$ рази. Група 2 мала наступні характеристики: середній вік дорівнював $43,6 \pm 9,2$ років; розподіл за статтю – 46 жінок та 21 чоловік. Тривалість захворювання у вибірці була від 2 до 38 років, середній показник – $14,4 \pm 7,2$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці – $29,2 \pm 7,7$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 24 епізодів хвороби та пов'язаних з нею госпіталізацій, в середньому в групі 2 цей показник склав $6,9 \pm 3,9$ рази. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики і відсутність тяжкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

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

Клініко-катамнестичний метод включав аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження, у тому числі шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, складеного V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [7].

Ми проводили дві 10-хвилинні бесіди на тему анамнезу життя пацієнта в парах пацієнт – лікар з проведенням відеозйомки за умов інформованої згоди. Під час першої бесіди лікар був одягнений у медичний халат, під час другої – у звичайний одяг, без будь-якої атрибутики медичного працівника. Таким чином, під час другої частини дослідження була проведена деформалізація роліової ідентичності лікаря-психіатра як можливого чинника модифікації поведінки пацієнта. Відеозаписи розшифровували клініко-етологічним методом та визначали факт демонстрації пацієнтом окремих поведінкових елементів по каналах пози, жести та міміки. Оцінку результатів дослідження проводили окремо під час першої та другої частин інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювалися як сума обох отриманих результатів.

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. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипольних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Йейтса, критерій Стьюдента t , критерій Фішера ϕ , коефіцієнт Пірсона r).

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження невербальної поведінки обстежених виявлено наступні особливості. Позиція тіла в сидячому положенні, що характерна ($\chi^2=5.516$; $p<0,05$) для групи 1, є позою агресії (P.2.8), тоді як поза вдумливості (P.2.3) асоціюється ($\chi^2=6.832$; $p<0,05$) з групою 2.

При вивченні інших невербальних елементів виявлено ознаки, які можуть бути асоційовані з групою 1. До них належать: P.4.2 – Агресивний випад головою ($\chi^2=3.963$; $p<0,05$), P.6.7 – Гіпертонус плеча ($\chi^2=5.660$; $p<0,05$), P.8.11 – Обидві руки розміщені на стегні ($\chi^2=6.545$; $p<0,05$), P.8.13 – Кулак ($\chi^2=4.690$; $p<0,05$), P.9.3 – Коліна розведено ($\chi^2=7.262$; $p<0,01$), P.9.11 – Притупування ступеню ($\chi^2=4.311$; $p<0,01$). В групі 2 частіше фіксувались елементи P.4.1 – Дивиться прямо вперед ($\chi^2=4.509$; $p<0,05$) та P.9.4 – Коліна зведено ($\chi^2=7.262$; $p<0,01$).

Отримані показники по групах обстеження наведено у таблиці 1.

Дослідження невербальної активності обстежених по каналу міміки дало такі результати. Зоровий контакт пацієнтів групи 1 корелює ($\chi^2=8.132$; $p<0,01$) з елементом M.1.2 – Пильний погляд на обличчя співрозмовника (без моргання більше 2 хвилин та відведення погляду). Мімічні компоненти очей групи 2 характеризувались частішою демонстрацією елементів M.2.5 – Складка Верагута ($\chi^2=4.419$; $p<0,05$) та M.2.9 – Сльози ($\chi^2=4.179$; $p<0,05$).

Аналіз компонентів лоба та ділянки брів виявив, що елемент M.4.14 – Амімія верхньої частини обличчя – асоціюється з групою 1 ($\chi^2=3.966$; $p<0,05$), а M.4.4 – Фланш бровами – демонструється рідше ($\chi^2=8.396$; $p<0,01$), ніж у групі 2. До невербальних елементів ділянки рота, які корелюють з групою 1, належать: M.5.1

– Посмішка ($\chi^2=9.253$; $p<0,01$), M.5.2 – Оскал ($\chi^2=5.615$; $p<0,05$), M.5.15 – Кусання губ ($\chi^2=3.966$; $p<0,05$). Елемент M.5.23 – Намагання говорити, корелює ($\chi^2=4.912$; $p<0,05$) з групою 2.

Показники, отримані у групах обстеження, наведено у таблиці 2.

При проведенні аналізу показників, що належать до жести вільною рукою, було виявлено невербальні елементи, які корелюють з групою 2. До них належать: G.3 – Жест-звернення до співрозмовника ($\chi^2=6.832$; $p<0,01$), G.6 – Жест з фіксацією на животі ($\chi^2=4.120$; $p<0,05$), G.8 – Жест-відсторонення ($\chi^2=5.125$; $p<0,05$), G.12 – Прикривання руками обличчя або його частин ($\chi^2=5.516$; $p<0,05$), G.18 – Жест аутогрумінгу: ніс ($\chi^2=4.419$; $p<0,05$). В групі 1 наявні кореляції з G.2 – Жест-указання ($\chi^2=3.900$; $p<0,05$).

Повністю отримані показники по групах обстеження наведено у таблиці 3.

У результаті проведеного дослідження підтверджені та розширені раніше отримані дані вітчизняних [1, 2] та іноземних дослідників [8], які свідчать про наявність при соціальної поведінці пацієнтів з ШАР та АР специфічних невербальних маркерів, за допомогою яких можна підвищити точність диференційної діагностики всередині групи ендогенних психозів з епізодичним перебігом.

Мімічні прояви пацієнтів з АР характеризуються більшою активністю верхньої половини обличчя (ділянки лоба і брів, компоненти очей): фланш бровами ($p<0,01$), складка Верагута ($p<0,05$) та сльози ($p<0,05$). Міміка при ШАР характеризується підвищенням активності ділянки рота: посмішка ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$).

Пацієнти, що страждають на ШАР, мають специфічний комплекс поведінкових невербальних компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів (поза агресії ($p<0,05$), агресивний випад головою ($p<0,05$), пильний погляд ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$), кулак ($p<0,05$), розведені коліна ($p<0,01$)).

У пацієнтів з АР виявлено комплекс невербальних компонентів, які свідчать про наявність субклінічних тривожно-депресивних проявів: складка Верагута ($p<0,05$), сльози ($p<0,05$), намагання говорити ($p<0,05$), жест з фіксацією на животі ($p<0,05$), жест-відсторонення ($p<0,05$).

Висновки

1. Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів з ШАР та АР, отримані по каналах пози, міміки та жести, мають статистично значущі відмінності та є ознакою нозоспецифічних трансформацій патоперсонологічного кола.

2. Мімічні прояви пацієнтів з АР характеризуються більшою активністю верхньої половини обличчя (ділянки лоба і брів, компоненти очей): фланш бровами ($p<0,01$), складка Верагута ($p<0,05$) та сльози ($p<0,05$). Міміка при ШАР характеризується підвищеною активністю ділянки рота: посмішка ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$).

3. Пацієнти, що страждають на ШАР, мають специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів: поза агресії ($p<0,05$), агресивний випад головою ($p<0,05$), пильний погляд ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$), кулак ($p<0,05$), розведені коліна ($p<0,01$)).

Таблиця 1. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (поза в сидячому положенні)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		X ²	X ² з по-правкою Йейтса	φ	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %					
P.2 Позичі в сидячому положенні										
P.2.3	Підтримка голови однією рукою (вдумливість)	1	1,2	9	13,4	8.660	6.832	0.24	0.235	p<0,01
P.2.8	Агресії	15	18,5	3	4,5	6.767	5.516	0.214	0.209	p<0,05
P.4 Компоненти голови										
P.4.1	Дивиться прямо вперед	62	76,5	61	91,0	5.493	4.509	0.193	0.189	p<0,05
P.4.2	Агресивний випад головою	13	16,0	3	4,5	5.092	3.963	0.185	0.182	p<0,05
P.6 Компоненти плечей										
P.6.7	Гіпертонус плеча	11	13,6	1	1,5	7.191	5.660	0.220	0.215	p<0,05
P.8 Компоненти рук										
P.8.11	Обидві руки розміщені на стегні	12	14,8	1	1,5	8.123	6.545	0.234	0.228	p<0,05
P.8 Особливі позиції однієї руки										
P.8.13	Кулак	12	14,8	2	3,0	5.992	4.690	0.201	0.197	p<0,05
P.9 Компоненти ніг										
P.9.3	Коліна розведено	19	23,5	4	6,0	8.543	7.262	0.240	0.234	p<0,01
P.9.4	Коліна зведено	62	76,5	4	6,0	8.543	7.262	0.240	0.234	p<0,01
P.9.11	Притупування ступнею	7	8,6	0	0,0	6.078	4.311	0.203	0.199	p<0,05

Таблиця 2. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (міміка)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		X ²	X ² з по-правкою Йейтса	φ	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %					
M.1 Компоненти зорового контакту										
M.1.2	Пильний погляд в обличчя співрозмовника	20	24,7	4	6,0	9.459	8.132	0.253	0.245	p<0,01
M.2 Компоненти очей										
M.2.5	Складка Верагута	1	1,2	7	10,4	6.087	4.419	0.203	0.199	p<0,05
M.2.9	Сльози	0	0,0	5	7,5	6.256	4.179	0.206	0.201	p<0,05
M.4 Компоненти лоба і ділянки брів										
M.4.4	Фланш бровами	49	60,5	56	83,6	9.483	8.396	0.253	0.245	p<0,01
M.4.14	Амімія верхньої частини обличчя	8	9,9	1	1,5	5.385	3.966	0.191	0.187	p<0,05
M.5 Компоненти ділянки рота										
M.5.1	Посмішка	54	66,7	27	40,3	10.290	9.253	0.264	0.255	p<0,01
M.5.2	Оскал	17	21,0	4	6,0	6.792	5.615	0.214	0.209	p<0,05
M.5.15	Кусання губ	9	11,1	1	1,5	5.385	3.966	0.191	0.187	p<0,05
M.5.23	Намагання говорити	2	2,5	9	13,4	6.407	4.912	0.208	0.204	p<0,05

Таблиця 3. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (жест вільною рукою)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		X ²	X ² з поправкою Йейтса	φ	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %					
G.2	Жест-указання	11	13,6	2	3,0	5.138	3.900	0.186	0.183	p<0,05
G.3	Жест-звернення до співрозмовника	1	1,2	9	13,4	8.660	6.832	0.242	0.235	p<0,01
G.6	Жест з фіксацією на животі	4	4,9	11	16,4	5.306	4.120	0.189	0.186	p<0,05
G.8	Жест-відсторонення	4	4,9	12	17,9	6.400	5.125	0.208	0.204	p<0,05
G.12	Прикривання руками обличчя або його частин	3	3,7	11	16,4	6.921	5.516	0.216	0.211	p<0,05
G.18	Жести аутогрумінгу: ніс	1	1,2	7	10,4	6.087	4.419	0.203	0.199	p<0,05

сивний випад головою (p<0,05), пильний погляд (p<0,01), оскал (p<0,05), кусання губ (p<0,05), кулак (p<0,05), розведені коліна (p<0,01).

4. У пацієнтів з АР у стані клінічної ремісії наявні невербальні ознаки субклінічних тривожно-депресивних проявів: складка Верагута (p<0,05), слюзи (p<0,05), намагання говорити (p<0,05), жест з фіксацією на животі (p<0,05), жест-відсторонення (p<0,05).

5. Наявні при ендогенних психозах з періодичним перебігом стійкі патоперсоналогічні трансформації потребують подальшого комплексного вивчення нозоспецифічної структури, типології, чинників формування, з подальшим підбором конгруентних заходів корекції.

Список використаної літератури

1. Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71–76.
2. Марута Н. О., Вербенко Г. М. (2017). Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад. *Здоров'я України*. № 3. С. 32–34.
3. Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment / J. Lee, L. Altshuler, D. C. Glahn [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170, issue 3. P. 334–341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12040490.
4. Duffy A. Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evidence-Based Mental Health*. 2015. Vol. 18, issue 1. P. 7–9. DOI: 10.1136/eb-2014-101993.
5. Ghaemi S. N., Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 48, issue 4. P. 314–324. DOI: 10.1177/0004867413504830.
6. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, M. Manchia, M. Tusconi [et al.] // *Bipolar Disorder*. 2016. Vol.18, issue 1. P.78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366.
7. Samokhvalov V. P., Samokhvalova, O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project // *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*

Disorders, Volume II. M. S. Ritsner (eds.). Springer, Dordrecht, 2011. P. 121–164. DOI: 10.1007/978-94-007-0831-0_6.

8. Is nonverbal behavior in patients and interviewers relevant to the assessment of depression and its recovery? A study with Dutch and Brazilian patients / J. T. Fiquer, R. A. Moreno, J. Z. Canales [et al.] // *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 250. P. 59–64. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.053.

References

1. Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014). Mediko-psihologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo ehpizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstrojstva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhskij medicinskij zhurnal – Zaporozhye medical journal*, issue 3 (84), pp. 71–76. (In Russian).
2. Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2017). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad [Cognitive impairment in patients with bipolar affective disorder]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 3, pp. 32–34. (In Ukrainian).
3. Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., Ochsner, K., & Green, M. F. (2013). Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*, vol. 170, issue 3, pp.334–341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12040490.
4. Duffy, A. (2015). Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evidence-Based Mental Health*, vol. 18, issue 1, pp. 7–9. DOI: 10.1136/eb-2014-101993.
5. Ghaemi, S. N., & Dalley, S. (2014). The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, issue 4, pp. 314–324. DOI: 10.1177/0004867413504830.
6. Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F., & Vieta, E. (2016). Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorder*, vol.18, issue 1, pp.78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366.
7. Samokhvalov, V. P., & Samokhvalova, O. E. (2011) Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. In: Ritsner M. (eds) *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* (pp. 121–164), Volume II. Springer, Dordrecht. DOI: 10.1007/978-94-007-0831-0_6.
8. Fiquer, J. T., Moreno, R. A., Canales, J. Z., Cavalcanti, A., & Gorenstein, C. (2017). Is nonverbal behavior in patients and interviewers relevant to the assessment of depression and its recovery? A study with Dutch and Brazilian patients. *Psychiatry Research*, vol. 250, pp. 59–64. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.053.

Відомості про автора:

ХОМИЦЬКИЙ Микола Євгенович – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: nhomitski@ukr.net

Сведения об авторе:

ХОМИЦКИЙ Николай Евгеньевич – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина. e-mail: nhomitski@ukr.net

About the Author:

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