

**Підлубний В. Л., Хоміцький М. Є.**

## СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ НА КЛІНІКУ, СИСТЕМАТИКУ, ДІАГНОСТИКУ ТА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЮ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

*Запорізький державний медичний університет, Україна*

***Pidlubnyi V., Khomitskyi M.***

### MODERN SCIENTIFIC VIEWS ON THE CLINIC, SYSTEMATICS, DIAGNOSIS AND PATHOPERSONALOGY OF ENDOGENOUS PSYCHOSIS WITH EPISODIC COURSE (LITERATURE REVIEW)

*Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine*

---

**Резюме** *Мета роботи. Вивчення літературних джерел з метою визначення сучасних наукових поглядів на клініку, систематику, діагностику та патоперсоналогію ендегенних психозів з епізодичним перебігом.*

*Результати. Проведений аналіз літературних джерел свідчить, що діагностичні та класифікаційні підходи, які в теперішній час застосовуються для диференціації ендегенних психозів з епізодичним перебігом, є орієнтованими на поліморфну та мінливу симптоматику екзацербачії захворювання. Це призводить до діагностичних помилок, погрішностей під час призначення підтримувальної терапії, погіршення комплаєнсу та подальшого поглиблення соціальної дезадаптації пацієнтів. Відмова від розробки механізмів патогенезу на засадах нозологічного підходу неминуче призведе і до регресу рівня лікувально-реабілітаційних підходів — з етіопатогенетичного до симптоматичного.*

*Висновки. Таким чином, в теперішній час зростає значення діагностичних методик, які є направлені на оцінку і диференціацію стійких симптомів хвороби, які зберігаються в період ремісії ендегенних психозів і відносяться до патоперсоналогічних трансформацій. Дослідження і правильна діагностична оцінка цього багатоконпонентного кластера психопатологічної симптоматики дозволяє оцінити нозологічну належність окремого клінічного випадку та визначити необхідні фармакологічні та соціально-реабілітаційні впливи з метою корекції наявних патоперсоналогічних трансформацій та превенції загострення ендегенного психозу.*

**Ключові слова:** *ендегенні психози, клініка, систематика, патоперсоналогічні особливості.*

---

**Вступ.** Одним із наслідків істинного патоморфозу у психіатричній клініці є збільшення у структурі захворюваності питомої ваги ендегенних афективних розладів (здебільшого за рахунок поширення депресії) [1–3]. До захворювань, в структурі яких

афективні розлади є невід'ємною частиною або складовою, що доповнює продуктивні розлади в період загострення, належать ендегенні психози з епізодичним типом перебігу (ЕПЕП) [4, 5]. Це 4 окремих нозологічних одиниць: біполярний афективний

розлад, рекурентний депресивний розлад (які можуть бути об'єднані у афективні розлади (АР)), шизоафективний розлад (ШАР) і шизофренія з епізодичним типом перебігу (в теперішній час переважає її параноїдна форма) [7].

Рання нозологічна діагностика в групі ЕПЕП є однією з важливих теоретичних та практичних проблем сучасної психіатрії, з огляду на вкрай негативні медичні, соціальні та економічні наслідки, обумовлені значною питомою вагою захворювань в структурі захворюваності, інвалідності та навіть смертності населення внаслідок ауто- та гетероагресії [1, 7, 8]. Крім того, багатьма дослідженнями доведено, що наявність у особи ЕПЕП негативно впливає на стан соматичного здоров'я, підвищує ризик виникнення серцево-судинних та ендокринних захворювань та знижує якість і тривалість життя [9, 10]. Також виявлено, що ожиріння (а відповідно і інші стани, які є пов'язаними з надлишковою вагою) у хворих на ЕПЕП виникає на 27% частіше, ніж у осіб, які не страждають на тяжкі психічні розлади [11].

**Основна частина.** Значних зусиль сучасна наука прикладає з метою досягнення повного розуміння спільних ознак та етіопатогенетичних факторів окремих нозологічних одиниць кластеру ЕПЕП [12]. В останні роки дослідження генетики ЕПЕП дали нове розуміння етіології, а саме її полігенну природу та спільність генетичних чинників виникнення окремих нозологій. Втім більшість полігенних етіологічних факторів залишаються невизначеними [13]. І. Spellmann, М. Riedel, J. Städtler та співавторами (2017) отримано дані щодо генетичної природи особливостей патофізіологічних процесів, за рахунок яких відбувається формування нейрокогнітивного дефіциту при ЕПЕП та підтверджено участь глутаматергічних та GABA-ергічних систем [14]. К. G. Jonas, Т. Lencz, К. Li зі співавторами (2019) вважають, що за рахунок визначення «показника полігенного ризику шизофренії» можна певною мірою передбачати зміни від афективного психозу в дебюті захворювання (при першій госпіталізації) до шизофренії в майбутньому [15].

Найбільший масив фактичного матеріалу щодо ЕПЕП складають результати клінічних досліджень, які отримані при вивченні статистики та динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних ознак періодів загострення ЕПЕП [17]. Також, ці дані використовуються з метою визначення наявності та вираженості впливу окремих клінічних ознак на рівень соціальної адаптації пацієнта та для оцінки ефективності терапевтичних та корекційних впливів. Так, виявлено прямий зв'язок порушення психосоціального функціонування при ЕПЕП та зниження працездатності з тривалістю захворювання, вираженістю негативної і позитивної симптоматики, нейрокогнітивним дефіцитом та ін. [17].

На думку більшості дослідників [5, 18], об'єктивні труднощі диференційної діагностики ЕПЕП у період загострення обумовлені клінічною схожістю афективних станів психотичного рівня, афективно-параноїдних та маячних станів з афективними та кататонічними включеннями. Численними дослідженнями було доведено, що афективна та продуктивна симптоматика періоду екзацерації психозу можуть мати різні патогенетичні варіанти взаємного впливу, які не вичерпуються поняттями конгруентності або інконгруентності маячних ідей і настрою [18].

Також, велика кількість досліджень клінічних відмінностей ЕПЕП надали дані про значне взаємне «перекривання» у симптоматиці [18]. Це дозволило окремим колективам дослідників (Т. М. Laursen, Е. Agerbo, С.В. Pedersen (2009) L. Tondo, G.H. Vázquez, С. Baethge зі співавторами (2016), С. Baethge (2020)) ставити під сумнів категоріальний підхід, який було використано в системах класифікації DSM-IV та МКХ-10 [19]. Також, відсутність у МКХ-10 діагностичних критеріїв, які виключають афективні розлади при діагностиці шизофренії, пояснює більш високу частоту встановлення даного діагнозу, ніж при використанні DSM-IV.

Згідно наявних діагностичних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, у разі першого нападу гострого

ендогенного психозу належить встановлювати діагноз «Гострий поліморфний психотичний розлад» [6]. Втім, сформована на засадах персоніфікованої медицини, програма лікувальних та реабілітаційних заходів, необхідних в станах ремісії ЕПЕП, суттєво відрізняється залежно від нозології та індивідуальних особливостей пацієнта, що значно підвищує важливість проведення ранньої достовірної диференційної діагностики, метою якої є визначення нозологічної приналежності окремого клінічного випадку [18]. Виконання цього завдання в психіатричній клініці ускладнюється поліморфністю симптоматики ЕПЕП, «стертим» характером загострень на фоні проведення психофармакотерапії, відносно рідкістю класичних «клішованих» фаз і відсутністю даних щодо патогенетичних механізмів та параклінічних корелятів. На думку Чугунова В.В. (2015), внаслідок терапевтичного патоморфозу, в умовах ініціального призначення фармакологічних препаратів, які ефективно ліквідують порушення сприйняття, гострі афективні та маячні розлади, клінічна диференціація, котра є єдино можливою в компетенції психіатрії, більше не може спиратися на продуктивні симптоми [20].

Продовжуючи свою думку, Чугунов В.В. зазначає, що постає нагальне питання пошуку таких маркерів патогномонічності психопатологічних прошень, які не можуть бути нівельовані або викривлені активною фармакологічною терапією. Нині ця проблема має високий ступінь розробленості тільки в контексті шизофренії, де вона має специфічну представленість, а саме шизофренічний дефект особистості. Хоча саме поняття «негативної симптоматики» є визначальним при діагностиці шизофренії, воно втрачає свою цілісність і моноракурсність [21], адже немає чіткого відділення негативної симптоматики від інших проявів хвороби, які було визначено в останні десятиліття, таких як нейрокогніція та соціальна когніція, емоційність. У відповідності до S.B. Guessoum, Y. Le Strat, C. P. Dubertret зі співавторами (2020), спроби виявлення відокремлення негативних симптомів та вивчення патофізіологіч-

них механізмів їх формування призводять до виходу за діагностичні межі шизофренії у континуум ЕПЕП [22].

Не зважаючи на те, що саму концепцію ендогенної негативної симптоматики зазвичай сприймають тільки в контексті шизофренії, а її наявність в структурі інших ендогенних розладів довгий час заперечувалась, пошук її аналогів органічного, екзогенного та психогенного (нозогенного) генезу при ЕПЕП є перспективним напрямом сучасної психіатрії. Незалежні групи дослідників (R. J. Rosengard, A. Malla, S. Mustafa зі співавторами (2019) та J. G. Daneault, A. Maraj, M. Lepage зі співавторами (2019)) дійшли висновку, що значну прогностичну цінність має оцінка субпсихотичних симптомів ще в передпсихотичному періоді ЕПЕП [23, 24]. Також, отримано дані щодо зав'язків клінічних характеристик продуктивної симптоматики (а саме її якісного та кількісного наповнення) з прогностичними характеристиками ЕПЕП. Так, за Z. Belteccki, Z. Rihmer, J. Ujvari (2017) при AP ранній початок захворювання, діагноз біполярного I типу та коморбідний розлад особистості є типовими ознаками для «психотичних» біполярних пацієнтів; крім того, спроби самогубства та залишкові симптоми у цього клінічного контингенту є більш поширеними порівняно з «непсихотичною» групою [25].

На шляху пошуку стійких нозоспецифічних маркерів при ЕПЕП значний об'єм фактичного матеріалу зібрано на засадах мультидисциплінарного підходу і об'єднання зусиль дослідників фізіології головного мозку, когнітивних процесів та поведінки в структурі когнітивної нейробиології. Увагу вчених привертають нейрокогнітивні порушення при ЕПЕП. Переважна більшість досліджень вчених різних країн, здійснених в останні десятиліття, свідчать, що функціональний нейропсихологічний дефіцит (ураження, яке передбачає і використовує нейрокогнітивні зв'язки) при ЕПЕП є одним з провідних факторів формування соціальної дезадаптації навіть у випадках довготривалих ремісій, адже поняття «загальних» симптомів значною мірою наповнюється «нейрокогнітивними порушен-

нями» та зниженням показників виконавчих функцій, що є ключовим фактором функціонального виходу та корелює з негативною симптоматикою ЕПЕП [26].

Дослідження, яке було проведено J. M. Sheffield, N. R. Karcher, D. M. Barch (2018) демонструє, що преморбідний нейропсихологічний дефіцит є наявним при всіх нозоформах, які входять у кластер ЕПЕП, втім найбільш вираженим він є при шизофренії і поглиблюється та стабілізується вже після перших нападів психозу [26]. Основні питання, які намагаються вирішити численні клінічні нейропсихологічні дослідження, стосуються ступеня вираженості та нозоспецифічних відмінностей нейрокогнітивних порушень, їх зв'язків з особливостями клінічних проявів та лікуванням і можливістю розглядати нейропсихологічні порушення як маркери ендотипів окремих нозологій ЕПЕП. Вчені також займаються вивченням зв'язку нейропсихологічних порушень зі структурними аномаліями головного мозку [27].

Втім, незадоволеність отриманими результатами в цілому приводить численні колективи дослідників до спроби відійти від дискретних симптомів нейрокогнітивного дефіциту та ввести поняття «метокогніції», як глобальної здатності формувати уявлення відносно себе та оточуючого світу, та визначити завдання корекції даних порушень при ЕПЕП [28, 29].

Уявлення про обов'язкове формування повноцінних інтермісій при АР, ШАР та інтермітуючому перебігу параноїдної шизофренії в останні роки піддаються критиці, через те, що в період між фазами захворювання спостерігаються неврозоподібні симптоми, нейрокогнітивні порушення та зниження трудової і сімейної адаптації [2, 30]. Стійкість, складна курабельність поліморфних неспсихотичних симптомів ремісії ЕПЕП (до яких належать порушення афективної сфери, нейрокогнітивного функціонування, сну, уваги, мотивації, соціальної взаємодії тощо) дає підстави відносити їх до патоперсоналогічних (термін введено А. Д. Зурабашвілі (1970)) трансформацій (ПпТ).

Багатьма дослідженнями доведено, що провідними чинниками дезадаптації стають ПпТ та тісно пов'язані з ними невротичні та когнітивні симптоми, які виникають внаслідок ендогенних, екзогенних (психофармакологічне лікування психозу) та психогенних (за механізмами нозогенного впливу та стигматизації) факторів [2, 26, 31]. Вищезазначені групи патопатологічних розладів характеризуються взаємообтяжуючим впливом та призводять до поглиблення соціальної дезадаптації навіть у випадках довготривалої ремісії ендогенного психозу. Так, за Р.Т. Yanos, J. S. DeLuca, D. Roe та їх співавторами (2020), самостигматизація у пацієнтів з ЕПЕП впливає на надію та самооцінку, а згодом призводить до «каскаду негативних наслідків для результатів, пов'язаних із одужанням...» [32]. Також було доведено, що патоперсоналогічна симптоматика не є однорідною і може бути як незворотною (саме цей різновид охоплювався терміном «дефіцитарна») та зворотною (що нівелюється під впливом психофармакотерапії, психотерапії, соціально-реабілітаційних заходів або самовільно без спрямованих зовнішніх впливів) [32].

В останні роки відбуваються значні зміни уявлень щодо патоперсоналогії та діагностики і класифікації розладів особистості, втім стан проблеми є далеким від остаточного вирішення [33]. С. J. Norwood, R. Kotov, R. F. Krueger зі співавторами (2018) та інші колективи дослідників дійшли думки щодо необхідності не тільки констатації розладу особистості, а й визначення ступеня виразності (тяжкості) [34]. Наявність ПпТ при шизофренії є беззаперечним фактом, втім є спроби розглядати їх окремо від ендогенного процесу та вважати коморбідними станами, при цьому ендогенне захворювання і розлад особистості пропонують лікувати окремо одне від одного [35]. Робляться спроби розглядати явища соціофобії як коморбідні до ЕПЕП: дослідження К. Vrbova, J. Prasko, M. Ociskova зі співавторами (2017) продемонструвало відмінності в демографічних факторах, ступеня тяж-

кості розладу, показниках самостигматизації між пацієнтами, які страждають на розлади шизофренічного спектру із супутньою соціофобією та без неї [36]. Однією зі складних для вирішення проблем особистісних розладів є прояви агресії. П'ятифакторна модель оцінки розладів особистості, яка увійшла до DSM-V на думку O. Gøtzsche-Astrup та A. Moskowitz (2016) є проміжною, та набуде значних трансформацій в наступних класифікаціях [37].

Окремі групи вчених здійснюють спроби перегляду підходів до класифікації психопатології та створення кількісної ієрархічної структури психопатології за використання трансдіагностичного підходу і визнають вивчення зав'язків між особистістю та психопатологією як одну з пріоритетних цілей [38]. Розлад особистості має включати в себе не тільки власне порушення функціонування, але і порушення міжособистісних відносин, порушення емоційного реагування, пізнання, поведінки та оцінку психосоціальних впливів [39].

У відповідності до вищезапропонованої зміни парадигми підходу до комплексної багатомодальної оцінки функціонування особистості також M. Zettl, J. Volkert, C. Vögele зі співавторами (2020) вимагають розробки і апробації клінічного інструментарію [40]. При здійсненні цього завдання слід враховувати, що одним із проявів ЕПЕП є зниження (або і втрату) здатності критичної оцінки власного стану та реальної ситуації. Це призводить до зниження здатності пацієнта проводити самооцінку та знижує об'єктивну цінність патопсихологічних даних, отриманих за допомогою опитувальників. Так, навіть при наявності очевидних відмінностей між ЕПЕП за показниками негативної симптоматики, порушення соціального функціонування та об'єктивно наявне зниження якості життя, суб'єктивна оцінка якості життя майже не відрізняється при різних нозоформах. Дослідження пацієнтів із захворюваннями шизофренічного спектру, яке було проведено S. Potvin, G. Aubin та E. Stip (2017), виявило лише «часткове усвідомлення власного ког-

нітивного дефіциту» [41]. До того ж, негативна симптоматика (як важлива складова ПпТ при ЕПЕП) може бути первинною (ендогенною) і вторинною: визваною коморбідними захворюваннями, психотичними симптомами, наслідками лікування та вживання психоактивних речовин (Kirkpatrick B. 2014). Вивчення механізмів формування негативної симптоматики призвело до розподілення на домени (зменшення переживання (апат-абулічний) та зменшеної експресивності). При цьому явища апатії та ангедонії асоціюються з найбільш песимістичним прогнозом, а можливості їх психофармакологічної корекції є обмеженими [42]. Детальне вивчення окремих негативних симптомів (наприклад, ангедонії) також свідчить про їх патогенетичну гетерогенність та, на думку C. Lambert, S. Da Silva та A. K. Ceniti (2018), – необхідність використання трансдіагностичних підходів [43]. Така поширена складова ПпТ, як дратівливість, розглядається окремо, оскільки на думку L. Berk, K. T. Hallam, K. Venugopal та співавторів (2017), є важливою ознакою ремісії ЕПЕП, вираженість якої негативно впливає на функціонування в суспільстві, якість життя та суїцидальність і вимагає моніторингу та корекції [30]. В літературному огляді причин швидких регоспіталізацій при ЕПЕП, виконаному R. Sfetcu, S. Musat, P. Naarano зі співавторами (2017), було виявлено 59 предикторів, серед яких найбільш частими стають фактори, пов'язані з «індивідуальною вразливістю пацієнта». Велике значення також мають фактори, що відносяться до соціальної та медичної підтримки після виписки пацієнта зі стаціонару [44].

### **Висновок.**

Таким чином, в теперішній час зростає значення діагностичних методик, які є направленими на оцінку і диференціацію стійких симптомів хвороби, які зберігаються в період ремісії ЕПЕП і відносяться до ПпТ. Дослідження і правильна діагностична оцінка цього багатокомпонентного кластера психопатологічної симптоматики, що відноситься до «стійких змін особистості внаслідок

---

перенесеного психічного захворювання», за МКХ-10 [6] дозволяє оцінити нозологічну приналежність окремого клінічного випадку та визначити необхідні фармакологічні та

соціально-реабілітаційні впливи з метою корекції наявних ПпТ та превенції загострення ендogenous психозу.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

---

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури). Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, Вип. 1. С. 110–115.
2. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є. Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів. Психічне здоров'я. 2017. Т. 2, Вип. 51. С. 117–119.
3. Сумарокова М. А., Хритипин Д. Ф. Особенности лекарственного патоморфоза ремиссий у больных с шизоаффективными расстройствами. Человек и лекарство : сб. материалов XXI Рос. нац. конгресса. (г. Москва, 7–11 апреля 2014 г.). М., 2014. С. 188.
4. Salamon S., Santelmann H., Franklin J., Baethge C. Test-retest reliability of the diagnosis of schizoaffective disorder in childhood and adolescence - A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2018. № 230. P. 28–33. doi:10.1016/j.jad.2017.12.070. Epub 2018 Jan 3. Review. PubMed PMID: 29360577.
5. Peterson D. L., Webb C. A., Keeley J. W. et al. The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. Schizophrenia Research. 2019. Vol. 208. P. 235–241. DOI: 10.1016/j.schres.2019.02.011.
6. World Health Organization. ICD-10 International Classification of Diseases. Version: 2010. URL : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>
7. Кузнецова С. Л., Коцюбинский А. П., Петрова Н. Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. Часть 1. Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 4. С. 5. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-14050.
8. Chen Y., Farooq S., Edwards J. et al. Patterns of symptoms before a diagnosis of first episode psychosis: a latent class analysis of UK primary care electronic health records. BMC Med. 2019. № 17 (1). P. 227. DOI: 10.1186/s12916-019-1462-y.
9. Колядко С. П., Малюта Л. В. Особливості клінічної картини шизофренії з депресивними порушеннями залежно від тривалості патологічного процесу. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, Вип. 4 (97). С. 52–56.
10. Опря Є. В. Особливості усвідомлення психічної та соматичної хвороби у хворих на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом / Є. В. Опря, М. М. Пустовойт // Архів психіатрії. - 2018. - Т. 24, № 4. - С. 197-201.
11. Strassnig M., Kotov R., Cornaccio D. et al. Twenty-year progression of body mass index in a county-wide cohort of people with schizophrenia and bipolar disorder identified at their first episode of psychosis. Bipolar Disord. 2017. № 19 (5). P. 336–343. DOI: 10.1111/bdi.12505.
12. Anderson A. E., Marder S., Reise S. P. et al. Bifactor Modeling of the Positive and Negative Syndrome Scale: Generalized Psychosis Spans Schizoaffective, Bipolar, and Schizophrenia Diagnoses. Schizophr Bull. 2018. № 44 (6). P. 1204-1216. DOI:10.1093/schbul/sbx163.
13. Mistry S., Harrison J. R., Smith D. J. et al. The use of polygenic risk scores to identify phenotypes associated with genetic risk of bipolar disorder and depression: A systematic review. J Affect Disord. 2018. № 234. P. 148–155. DOI: 10.1016/j.jad.2018.02.005.
14. Spellmann I., Riedel M., Städtler J. et al. Associations of NEUROD2 polymorphisms and change of cognitive dysfunctions in schizophrenia and schizoaffective disorder after eight weeks of antipsychotic treatment. Cogn Neuropsychiatry. 2017. № 22 (4). P. 280–297. DOI:10.1080/13546805.2017.1322502.
15. Jonas K. G., Lencz T., Li K. et al. Schizophrenia polygenic risk score and 20-year course of illness in psychotic disorders. Transl Psychiatry. 2019. № 9 (1). P. 300. DOI: 10.1038/s41398-019-0612-5.
16. Зубатюк О. В., Пилягіна Г. Я. Порушення управління емоціями і соціального функціонування при психозах з депресивно-параноїдною симптоматикою. Психосоматична медицина та загальна практика. 2018. Т. 3, № 4. С. 1–7. URL: <http://lib.inmeds.com.ua:8080/jspui/handle/lib/9000>.
17. Harrow M., Grossman L. S., Herbener E. S., Davies E. W. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. Br J Psychiatry. 2000. № 177. P. 421–426.

18. 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 Disorder*. 2015. Vol. 17 (7). P. 753–768.
19. Baethge C. How reasonable is it to uphold the diagnostic concept of schizoaffective disorder? *Bipolar Disord*. 2020. № 30. doi: 10.1111/bdi.12920.
20. Чугунов В. В. Генез, коморбидность, патопластика и фон психических заболеваний. Мужское здоровье, гендерная и психосоматическая медицина. 2015. № 1–2 (02). С 57–65.
21. Correll C. U., Schooler N. R. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020. № 16. P. 519–534. DOI: 10.2147/NDT.S225643.
22. Guessoum S. B., Le Strat Y., Dubertret C., Mallet J. A transnosographic approach of negative symptoms pathophysiology in schizophrenia and depressive disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020. № 99. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.109862.
23. Rosengard R. J., Malla A., Mustafa S., Iyer S. N. et al. Association of Pre-onset Subthreshold Psychotic Symptoms With Longitudinal Outcomes During Treatment of a First Episode of Psychosis. *JAMA Psychiatry*. 2019. № 76 (1). P. 61–70. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2552.
24. Daneault J. G., Maraj A., Lepage M. et al. Medication adherence in first episode psychosis: the role of pre-onset subthreshold symptoms. *Acta Psychiatr Scand*. 2019. № 139 (4). P. 336–347. DOI:10.1111/acps.13011.
25. Belteczki Z., Rihmer Z., Ujvari J. Clinical features of psychotic and non-psychotic bipolar patients. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2017. № 19 (2). P. 86–94.
26. Sheffield J. M., Karcher N. R., Barch D. M. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychol Rev*. 2018. № 28 (4). P. 509–533. DOI: 10.1007/s11065-018-9388-2.
27. Woodward N. D. The course of neuropsychological impairment and brain structure abnormalities in psychotic disorders. *Neurosci Res*. 2016. № 102. P. 39–46. DOI: 10.1016/j.neures.2014.08.006.
28. Moritz S., Klein J. P., Lysaker P. H., Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019. № 21 (3). P. 309–317. DOI: 10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz.
29. Buck B, Gagen EC, Luther L, Kukla M, Lysaker PH. Dynamic relationships between emotional distress, persecutory ideation, and metacognition in schizophrenia. *J Clin Psychol*. 2020. № 76 (4). P. 716–724. DOI: 10.1002/jclp.22904.
30. Berk L., Hallam K. T., Venugopal K. et al. Impact of irritability: a 2-year observational study of outpatients with bipolar I or schizoaffective disorder. *Bipolar Disord*. 2017. № 19 (3). P. 184–197. DOI: 10.1111/bdi.12486.
31. Foti D., Perlman G., Bromet E. J. et al. Pathways from performance monitoring to negative symptoms and functional outcomes in psychotic disorders. *Psychol Med*. 2020. № 22. P. 1–11. DOI: 10.1017/S0033291720000768.
32. Yanos P. T., DeLuca J. S., Roe D., Lysaker P. H. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Res*. 2020. № 288. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112950.
33. Watters C. A., Bagby R. M., Sellbom M. Meta-analysis to derive an empirically based set of personality facet criteria for the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Personal Disord*. 2019. № 10 (2). P. 97–104. DOI: 10.1037/per0000307.
34. Hopwood C. J., Kotov R., Krueger R. F. et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personal Ment Health*. 2018. № 12 (1). P. 82–86. DOI: 10.1002/pmh.1408.
35. Simonsen E., Newton-Howes G. Personality Pathology and Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2018. № 44 (6). P. 1180–1184. DOI: 10.1093/schbul/sby053.
36. Vrbova K., Prasko J., Ociskova M., Holubova M. Comorbidity of schizophrenia and social phobia - impact on quality of life, hope, and personality traits: a cross sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017. № 13. P. 2073–2083. DOI: 10.2147/NDT.S141749.
37. Götzsche-Astrup O., Moskowitz A. Personality disorders and the DSM-5 : Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016. № 50 (2). P. 119–127. DOI: 10.1177/0004867415595872.
38. Stanton K., McDonnell C. G., Hayden E. P., Watson D. Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *J Abnorm Psychol*. 2020. № 129 (1). P. 21–28. DOI: 10.1037/abn0000464.
39. Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71–76.
40. Zettl M., Volkert J., Vögele C. et al. Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. *Personal Disord*. 2020. № 11 (3). P. 191–201. DOI: 10.1037/per0000356.

41. Potvin S., Aubin G., Stip E. Subjective cognition in schizophrenia. *Encephale*. 2017. № 43 (1). P. 15–20. DOI: 10.1016/j.encep.2016.01.002.
42. Favrod J., Nguyen A., Chaix J. et al. Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *PsychotherPsychosom*. 2019. № 88 (2). P. 84–95. DOI: 10.1159/000496479.
43. Lambert C., Da Silva S., Ceniti A. K. et al. Anhedonia in depression and schizophrenia: A transdiagnostic challenge. *CNS Neurosci Ther*. 2018. № 24 (7). P. 615–623. DOI: 10.1111/cns.12854.
44. Sfetcu R., Musat S., Haaramo P. et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17 (1). P. 227. DOI: 10.1186/s12888-017-1386-z.

## РЕЗЮМЕ

### СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КЛИНИКУ, СИСТЕМАТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ПАТОПЕРСОНОЛОГИЮ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Подлубный В. Л., Хомицкий М. Е.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

**Цель работы.** Изучение литературных источников с целью определения современных научных взглядов на клинику, систематику, диагностику и патоперсонологию эндогенных психозов с эпизодическим течением.

**Результаты.** Проведенный анализ литературных источников показывает, что диагностические и классификационные подходы, которые в настоящее время применяются для дифференциации эндогенных психозов с эпизодическим течением, ориентированы на полиморфную и изменчивую симптоматику эксацербации заболевания. Это приводит к диагностическим ошибкам, погрешностям при назначении поддерживающей терапии, ухудшению комплаенса и дальнейшему углублению социальной дезадаптации пациентов. Отказ от разработки механизмов патогенеза на основе нозологического подхода неизбежно приведет и к регрессу уровня лечебно-реабилитационных подходов – с этиопатогенетического, до симптоматического.

**Выводы.** Таким образом, в настоящее время возрастает значение диагностических методик, которые являются направленными на оценку и дифференциацию устойчивых симптомов болезни, которые сохраняются в период ремиссии эндогенных психозов и относятся к патоперсонологическим транс-

формациям. Правильная диагностическая оценка этого многокомпонентного кластера психопатологической симптоматики позволяет оценить нозологическую принадлежность отдельного клинического случая и определить необходимые фармакологические и социально-реабилитационные воздействия с целью коррекции имеющихся патоперсонологических трансформаций и превенции обострения эндогенного психоза.

**Ключевые слова:** эндогенные психозы, клиника, систематика, патоперсонологические особенности.

## SUMMARY

### MODERN SCIENTIFIC VIEWS ON THE CLINIC, SYSTEMATICS, DIAGNOSIS AND PATHOPersonALOGY OF ENDOGENOUS PSYCHOSIS WITH EPISODIC COURSE (LITERATURE REVIEW)

Pidlubnyi V., Khomitskyi M.

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

**The aim of the study.** To study the literature in order to identify modern scientific views on the clinic, systematics, diagnosis and pathopersonalogy of endogenous psychoses with episodic course.

**Results.** The analysis of the literature shows that the diagnostic and classification approaches of endogenous psychoses with episodic course, are focused on polymorphic and variable symptoms of exacerbation of the disease. This leads to diagnostic mistakes, errors in the appointment of maintenance therapy, deterioration of compliance and further deepening of social maladaptation of patients. Refusal to develop the mechanisms of pathogenesis on the basis of the nosological approach will inevitably lead to a regression of the level of treatment and rehabilitation approaches - from ethiopathogenetic to symptomatic.



---

**Conclusions.** *Thus, at present, the importance of diagnostic techniques aimed at assessing and differentiating persistent symptoms of the disease in the period of remission of endogenous psychoses and relate to pathopersonallogical transformations. Research and correct diagnostic assessment of this multicomponent cluster of psychopathological symptoms allows to assess*

*the nosological affiliation of a particular clinical case and to determine the necessary pharmacological and social rehabilitation effects in order to correct existing pathopersonallogical transformations and prevent exacerbation of endogenous psychosis.*

**Key words:** *endogenous psychoses, clinic, systematics, pathopersonallogical features.*

---

#### АВТОРСЬКА ДОВІДКА:

- Підлубний В.Л., д.мед.н., професор кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет
- Адреса: Україна, м. Запоріжжя, проспект Маяковського 26
- Тел.: +38 (068) 400-03-00
- E-mail: pidlubny5473@gmail.com
- Хоміцький Микола Євгенович, канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна
- Адреса: проспект Маяковського, 26, Запоріжжя, Запорізька область, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com
- Подлубный В.Л., д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет
- Адрес: Украина, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26
- Тел.: +38 (068) 400-03-00
- E-mail: pidlubny5473@gmail.com
- Хоміцкий Николай Евгеньевич, канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина
- Адрес: проспект Маяковского, 26, Запорожье, Запорожская область, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com
- Pidlubnyi V., MD, PhD, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine
- Address: Zaporizhzhia, Mayakovsky Avenue 26
- Tel.: +38 (068) 400-03-00
- E-mail: pidlubny5473@gmail.com
- Khomitskiy Mykola, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.
- Address: Mayakovsky Ave., 26, Zaporizhzhia, Zaporizhzhia region, 69000
- Mob. tel.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com

*Стаття надійшла до редакції 09.12.2020 р.*

*У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу [info@ujmh.net](mailto:info@ujmh.net)*