

*М. Є. Хоміцький*

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА НЕЙРОКОГНІТИВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ  
У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД В СТАНІ РЕМИСІЇ  
(КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ)**

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**Summary.** Khomitskiy M. Ye. **MEDICO-SOCIAL AND NEUROCOGNITIVE CHARACTERISTICS OF MALADAPTATION AS A COMPONENT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN REMISSION (CORRELATION ANALYSIS).** *Zaporizhzhia State Medical University - [nhomitski@ukr.net](mailto:nhomitski@ukr.net), ORCIDiD 0000-0002-8622-6718.*

The study revealed the presence and regularities of the combination of medico-social and neurocognitive characteristics of maladaptation in patients with schizoaffective disorder. The study revealed the combination of signs of labor maladaptation formation with deficiency of short-term auditory memory ( $p < 0.05$ ), constructive praxis ( $p < 0.05$ ), finger gnosis ( $p < 0.05$ ), spatial relationships ( $p < 0.05$ ), face gnosis ( $p < 0.05$ ) and thinking ( $p < 0.05$ ). The largest number of cases of combination of medico-social factors with neurocognitive characteristics of short-term auditory memory, thinking, constructive praxis, body scheme, orientation in space, gnosis of faces was established. Neurocognitive disorders present in schizoaffective disorder in remission are components of nosospecific pathopersonological transformation.

**Keywords:** schizoaffective disorder, clinic, neurocognition, social maladjustment, pathopersonological transformations.

**Реферат.** Хоміцький Н. Є. **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ І НЕЙРОКОГНІТИВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЯК СОСТАВЛЯЮЩОЇ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У БОЛЬНИХ ШИЗОАФЕКТИВНИМИ РАССТРОЙСТВО В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ (КОРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ).** В результате исследования установлено наличие и закономерности сопряжения медико-социальных и нейрокогнитивных характеристик дезадаптации у больных шизоаффективным расстройством. Выявлено сопряженность признаков формирования трудовой дезадаптации с дефицитом кратковременной слухоречевой памяти ( $p < 0,05$ ), конструктивного праксиса ( $p < 0,05$ ), пальцевого гнозиса ( $p < 0,05$ ), пространственных соотношений ( $p < 0,05$ ), гнозиса лиц ( $p < 0,05$ ) и мышления ( $p < 0,05$ ). Установлено наибольшее количество случаев сопряжения медико-социальных факторов с нейрокогнитивными характеристиками кратковременной слухоречевой памяти, мышления, конструктивного праксиса, схемы тела, ориентировки в пространстве, гнозиса лиц. Имеющиеся при шизоаффективном расстройстве в период ремиссии нейрокогнитивных нарушения являются составляющими нососпецифических патоперсоналогических трансформаций.

**Ключевые слова:** шизоаффективное расстройство, клиника, нейрокогнитивная, социальная дезадаптация, дифференциальная диагностика, патоперсоналогические трансформации.

**Реферат. Хоміцький М. Є. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА НЕЙРОКОГНІТИВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД В СТАНІ РЕМІСІЇ (КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ).**

В результаті дослідження встановлено наявність та закономірності сполучення медико-соціальних та нейрокогнітивних характеристик дезадаптації у хворих на шизоафективний розлад. Виявлено сполученість ознак формування трудової дезадаптації з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ( $p < 0,05$ ), конструктивного праксису ( $p < 0,05$ ), пальцевого гнозису ( $p < 0,05$ ), просторових співвідношень ( $p < 0,05$ ), гнозису облич ( $p < 0,05$ ) та мислення ( $p < 0,05$ ). Встановлено найбільшу кількість випадків сполучення медико-соціальних факторів з нейрокогнітивними характеристиками короткочасної слухомовної пам'яті, мислення, конструктивного праксису, схеми тіла, орієнтування у просторі, гнозису облич. Наявні при шизоафективному розладі в період ремісії нейрокогнітивні порушення є складовими нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформацій.

**Ключові слова:** шизоафективний розлад, клініка, нейрокогніція, соціальна дезадаптація, патоперсоналогічні трансформації.

Питання стандартизації діагностики шизоафективного розладу (ШАР) і його співвідношення до шизофренії і афективних розладів (АР) в теперішній час залишаються відкритими [1, 2]. Клінічна практика доводить, що ШАР є самостійною нозологічною одиницею, яка поєднує в собі афективні синдроми та симптоми розщеплення психічної діяльності, і має особливості патокинезу психопатологічної симптоматики в період загострення та впливу на особистість хворого – і, відповідно, вимагає особливого підходу в діагностиці, терапії і реабілітації [2, 3].

ШАР характеризується значними негативними соціально-економічними наслідками; його поширеність в популяції коливается в межах 0,2-0,5% [1, 3, 4, 5]. В останні роки відмічається зростання кількості хворих на ШАР в Україні, а значні відмінності показників розповсюдженості, які в окремих випадках навіть в сусідніх областях відрізняються в 3 рази, є підтвердженням відсутності єдності принципів та підходів до клінічної діагностики захворювання [5]. Існуюча в даний час невизначеність в класифікації, діагностичних і терапевтичних підходах і в той же час наявності можливості в терапії, а також наявності адаптаційних можливостей пацієнтів з ШАР, свідчать про необхідність подальшого вивчення патоперсоналогічного аспекту захворювання для розробки комплексної програми реабілітації з урахуванням як біологічних, так і психосоціальних факторів. Нейрокогнітивний дефіцит при АР, ШАР та шизофренії є загальним патопсихологічним феноменом, тому що хворі при виконанні практично всіх тестів демонструють результати нижче, ніж здорові суб'єкти, що дозволяє припустити включення в патологічний процес різних анатомічних структур мозку або функціональних зв'язків між ними. Доведено наявність нейрокогнітивного дефіциту вже на ранніх стадіях розвитку шизофренії [6], та наявність даної ознаки у родичів хворих, що дозволяє розглядати вищезазначені порушення як клінічну проекцію ендотипу при ендогенних психозах. Нейрокогнітивний дефіцит зберігається (хоча частково і піддається редукції) в період ремісії, та значною мірою спричиняє зниження компетентності та успішності пацієнтів в соціумі, доповнюючи негативну ендогенну, психогенну (нозогенну) та екзогенну (фармакогенну) складові патоперсоналогічних трансформацій. Проте, не зважаючи на велику кількість існуючих досліджень, досі не отримано даних, які достеменно вказують на специфічну для окремих нозоформ поразку будь-якої конкретної ділянки або зв'язків між ділянками мозку, а дослідження нейрокогніції при ШАР проводились на контингентах з невисоким рівнем репрезентативності даної нозоформи в цілому (невелика кількість спостережень у вибірці, період загострення хвороби). Отже, вивчення взаємозв'язку нейрокогнітивного дефіциту, як складової патоперсоналогічних трансформацій при ШАР, з рівнем соціальної компетенції є надзвичайно значущим та перспективним напрямком у створенні системи диференційної діагностики та протидії соціальній дезадаптації.

**Мета дослідження:** встановити кореляційні зв'язки між аналізом медико-соціальних та нейрокогнітивних характеристик дезадаптації як складових патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ШАР в стані ремісії.

**Контингенти та методи.** На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 102 особи із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік пацієнтів дорівнював  $45,0 \pm 10,3$  років; розподілення за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 35 років, середній показник склав  $- 16,8 \pm 8,3$  років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці дорівнював  $28,2 \pm 7,6$  років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів відбулося від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у вибірці цей показник склав  $11,9 \pm 6,8$  рази.

Обов'язковими критеріями включення до вибірки виступали наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

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

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження.

Психодіагностичне обстеження виконували за допомогою набору нейрокогнітивних методик, заснованих на розробках А.Р. Лурия (Л.І.Вассерман, 1997) [7], згрупованих для оцінки основних когнітивних функцій: слухомовної та зорової пам'яті, праксису (довільних рухів), зорового, оптико-просторового, акустичного невербального і тактильного гнозису, мислення, нейродинаміки і довільної регуляції діяльності. Також проводилась оцінка поведінки пацієнта під час процедури психодіагностичного дослідження.

У дослідженні приймали участь пацієнти, які приймають медикаментозну терапію атипичними і конвенційними нейролептиками в поєднанні з коректорами (у разі потреби), антидепресантами, нормотиміками – в дозах, що не перевищують рекомендовані для підтримуючої (прогирецидивної) терапії та мають різний рівень медикаментозного комплаєнсу, а також особи, які не приймають ніяких психофармакологічних засобів впродовж останніх місяців/років.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Результати обстеження представляють собою інтегральні клінічні висновки, які отримані при аналізі якісних значень окремих нейропсихологічних тестів, що дозволяє розглядати фінальні результати методики як якісні показники.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MSExcel 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 чотирипільних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона  $\chi^2$ , критерій Пірсона  $\chi^2$  з поправкою Йейтса, критерій Фішера  $\phi$ ).

### **Результати та їх обговорення**

При вивченні розподілу контингенту за рівнем освіти, трудової та сімейної адаптації отримано такі результати. Середню освіту мали 22,5% (23 особи) обстежених, середню спеціальну – 41,2% (42 особи) та вищу – 36,3% (37 осіб). Фактично працевлаштованими були лише 31,4% (32 особи), в той час як 68,6% контингенту (70 осіб) не були працевлаштованими впродовж що найменше останніх 3-х місяців. Серед працевлаштованих осіб 17,6% (18 осіб) займали посади пов'язані з виконанням малокваліфікованої праці, хоча більшість з них (12 осіб) мали середню спеціальну або вищу освіту і в минулому отримали досвід праці за спеціальністю. Кваліфіковану працю виконували 7,84% контингенту (8 осіб). На посадах, пов'язаних з виконанням розумової праці, були працевлаштовані лише 5,9% контингенту (6 осіб). Оцінка показників стійкого зниження або втрати працездатності (інвалідації) дала наступні результати. Інвалідами через психічне захворювання були

76,6% контингенту (76 осіб) з яких 56,8% (58 осіб) мали третю, а 19,8% (18 осіб) – другу групу інвалідності. Пацієнтів, які не є інвалідами було 23,5% (26 осіб), однак, майже половина з них (12 осіб) не були працевлаштованими.

Згідно з результатами, які було отримано при оцінці сімейного стану, на момент дослідження у шлюбі перебувають 36,3% контингенту (37 осіб), в той час як 40,2% (41 особа) є розлученими, а 23,5% (24 особи) ніколи не перебували в офіційному або цивільному шлюбі.

Відповідно до отриманих результатів у обстеженого контингенту виявлено ознаки нейрокогнітивного дефіциту різної структури та ступеня тяжкості. За ступенем вираженості у пацієнтів переважали порушення легкого та середнього ступеня у співвідношенні, близькому до 3:1. Виражені порушення мали поодинокий характер, та становили не більше ніж 9% від усіх випадків, коли нейрокогнітивний дефіцит був наявним. Аналіз нейропсихологічного статусу виявив, що значного впливу зазнали компоненти загальної активації: про це свідчить збільшення частоти виникнення дефіцитарних проявів, пов'язаних з уповільненням, виснажуваністю і значній кількості "випадкових" помилок, спричинених модально-неспецифічними порушеннями короткочасної пам'яті, диспрозекцією та порушенням рапорту з дослідником внаслідок пасивно-агресивної поведінки знецінювання процедури обстеження.

Оцінка структури нейропсихологічних порушень в цілому свідчить про його дифузний характер: за сімнадцятьма з 24 досліджених нейропсихологічних функції відсоток осіб з порушеннями перевищував 20,0% обстеженого контингенту. Так, порушення експресивної мови проявляли себе через порушення функції віддзеркалення (повторення) мови у 29 обстежених (28,4% контингенту) та порушення короткочасної слухомовної пам'яті у 38 пацієнтів (37,3% обстежених). Серед нейрокогнітивних функцій, які входять до кластеру розуміння мови та словесних значень, однакова кількість пацієнтів (32 особи, 31,4% контингенту) мали порушення розуміння ситуативної мови та слів та (або) розуміння логіко-граматичних структур. Порушення функції читання вголос та «мовчазне читання» зафіксовано у 22 пацієнтів (21,6% спостережень). У 30 осіб (29,4% контингенту) виявлено порушення функцій автоматизованого, арифметичного, письмового рахування та рішення простих задач. Поширеність дефіциту функцій конструктивного та динамічного праксису у обстеженого контингенту дорівнювала 37,3% (38 спостережень). Порушення аудіального гнозису спостерігались у 33 осіб (32,4% контингенту). Порушення схеми тіла проявляли себе через порушення право-ліво орієнтування (38 осіб, 37,3%) та пальцевого гнозису (30 осіб, 29,4%). Порушення просторового гнозису виявлено у 38 осіб (37,3% контингенту). Нейрокогнітивний дефіцит зорового гнозису проявляв себе через розлади предметного зорового гнозису (26 спостережень, 25,5% контингенту), гнозису обличч (40 спостережень, 39,2%) та короткочасної зорової пам'яті (25 випадків, 24,5% обстежених). Поширеність порушень мислення, виявлених за допомогою методик сюжетних та послідовних картинок, досягла 45,1% (46 пацієнтів)

З метою статистичного вивчення зв'язку між медико-соціальними та нейрокогнітивними характеристиками визначено фактичний ступінь паралелізму між двома сукупностями за якісними ознаками, і тіснота цього зв'язку за допомогою співставлення розподілу ознак за критерієм  $\chi^2$ . У разі необхідності (значення очікуваного явища було менше 10) було використано критерій  $\chi^2$  з поправкою Йейтса та точний критерій Фішера.

Найбільша кількість випадків сполученості нейропсихологічних порушень встановлена з такимимедико-соціальними характеристиками, як середня освіта (відсутність спеціальної, або вищої освіти), непрацевлаштованість та інвалідність 2 групи через психічне захворювання. Так, наявність у пацієнта тільки середньої освіти (8–9 класів) асоціюється з дефіцитом таких нейрокогнітивних функцій, як короткочасна слухомовнапам'ять ( $\chi^2=4,72$ ;  $p<0,05$ ), розуміння ситуативної мови та слів ( $\chi^2=8,72$ ;  $p<0,01$ ), читання вголос та «мовчазне» читання ( $\chi^2=5,41$ ;  $p<0,05$ ), конструктивний ( $\chi^2=8,45$ ;  $p<0,01$ ) та динамічний праксис ( $\chi^2=5,84$ ;  $p<0,05$ ), право-ліво орієнтування ( $\chi^2=9,93$ ;  $p<0,01$ ) та мислення ( $\chi^2=9,96$ ;  $p<0,05$ ). Виявлено сполученість непрацевлаштованості з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ( $\chi^2=5,72$ ;  $p<0,05$ ), конструктивного праксису ( $\chi^2=5,73$ ;  $p<0,05$ ), пальцевого гнозису ( $\chi^2=5,29$ ;  $p<0,05$ ), просторових співвідношень ( $\chi^2=6,04$ ;  $p<0,05$ ), гнозису облич ( $\chi^2=4,02$ ;  $p<0,05$ ) та мислення ( $\chi^2=4,33$ ;  $p<0,05$ ). У пацієнтів, які є інвалідами 2-ї групи виявлено

високу вирогідність порушень право-ліво орієнтування ( $\chi^2=6,63$ ;  $p<0,05$ ), пальцевого гнозису ( $\chi^2=11,04$ ;  $p<0,01$ ), просторових співвідношень ( $\chi^2=6,63$ ;  $p<0,05$ ), гнозису облич ( $\chi^2=5,58$ ;  $p<0,05$ ) та мислення ( $\chi^2=5,05$ ;  $p<0,05$ ).

Сполученість характеристик сімейного стану з нейропсихологічними порушеннями мала поодинокий характер. Так, дефіцит короткочасної слухомовної пам'яті має зв'язок ( $\chi^2=6,07$ ;  $p<0,05$ ) з перебуванням/не перебуванням в шлюбі (порушення виявлено у 21,6% одружених та у 46,2% осіб, які не перебувають у шлюбі). А у осіб, які ніколи не були в шлюбі, частіше ( $\chi^2=5,06$ ;  $p<0,05$ ) виявлявся дефіцит розуміння ситуативної мови та слів.

Отримані результати наведено в табл. 1.

### **Висновки:**

1. Проведене дослідження встановило наявність та закономірності сполучення медико-соціальних та нейрокогнітивних характеристик дезадаптації як складової патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ШАР в стані ремісії.

2. Вираженість і структура нейрокогнітивного дефіциту при ШАР в стані ремісії має зв'язки з преморбідним рівнем соціального функціонування. Так, наявність у пацієнта тільки середньої освіти (8–9 класів) асоціюється у постманіфестному періоді з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ( $p<0,05$ ), розуміння ситуативної мови та слів ( $p<0,01$ ), читання вголос та «мовчазного» читання ( $p<0,05$ ), конструктивного ( $p<0,01$ ) та динамічного праксису ( $p<0,05$ ), право-ліво орієнтування ( $p<0,01$ ) та мислення ( $p<0,05$ ).

3. Виявлено сполученість ознак формування трудової дезадаптації з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ( $p<0,05$ ), конструктивного праксису ( $p<0,05$ ), пальцевого гнозису ( $p<0,05$ ), просторових співвідношень ( $p<0,05$ ), гнозису облич ( $p<0,05$ ) та мислення ( $p<0,05$ ). В подальшому повна втрата працездатності асоціюється з порушеннями право-ліво орієнтування ( $p<0,05$ ), пальцевого гнозису ( $p<0,01$ ), просторових співвідношень ( $p<0,05$ ), гнозису облич ( $p<0,05$ ) та мислення ( $p<0,05$ ).

4. Існує спряження рівня сімейної адаптації та нейрокогнітивних характеристик хворих на ШАР. Так, прояви сімейної дезадаптації мають зв'язок з дефіцитом короткочасної слухомовної пам'яті ( $p<0,05$ ) та дефіцитом розуміння ситуативної мови та слів ( $p<0,05$ ).

5. Встановлено найбільшу кількість випадків сполучення медико-соціальних факторів з нейрокогнітивними характеристиками короткочасної слухомовної пам'яті, мислення, конструктивного праксису, схеми тіла, орієнтування у просторі, гнозису облич, – що, на наш погляд, підкреслює значущість саме цих факторів в структурі нейрокогнітивного дефіциту при ШАР.

6. Наявні при ШАР в період ремісії нейрокогнітивні порушення складовими нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформацій та мають суттєві зв'язки з розвитком соціальної (трудова та сімейної) дезадаптації. Вставлені закономірності можуть бути використані при формуванні системи діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів задля підвищення рівня диференційної діагностики, персоналізованої оцінки статусу пацієнта та проведення профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів зі зменшення рівня соціальної адаптації хворих на ШАР.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

Таблиця 1

## Парна сполученість показників нейропсихологічних профілів та медико-соціальних характеристик при ШАР

Ознаки		Освіта			Працевлаштованість				Інвалідність			Сімейний стан		
		Середня	Середня-спеціальна	Вища	Не працює	Низькокаліфікована	Кваліфікована	Розумова	Немає	3 група	2 група	Не були в шлюбі	Розлучені	В шлюбі
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Експресивна мова	Віддзеркалена мова (повторення)	3,30 p>0,05	0,75 p>0,05	0,48 p>0,05	2,90 p>0,05	0,41 p>0,05	0,43 p>0,05	0,67 p>0,05	2,92 p>0,05	0,05 p>0,05	3,79 p>0,0	2,70 p>0,05	0,02 p>0,05	2,69 p>0,05
	Короткочасна слухомовна пам'ять	<b>4,72</b> p<0,05	0,88 p>0,05	0,11 p>0,05	<b>5,72</b> p<0,05	0,87 p>0,05	0,25 p>0,05	–	3,00 p>0,05	3,30 p>0,05	0,18 p>0,05	2,18 p>0,05	1,30 p>0,05	<b>6,07</b> p<0,05
Розуміння мови та словесних значень	Розуміння ситуативної мови та слів	<b>8,72</b> p<0,01	0,415 p>0,05	3,32 p>0,05	2,64 p>0,05	0,41 p>0,05	0,43 p>0,05	0,66 p>0,05	0,66 p>0,05	0,27 p>0,05	2,55 p>0,05	<b>5,06</b> p<0,05	0,14 p>0,05	1,90 p>0,05
	Розуміння логіко-граматичних структур	2,02 p>0,05	0,05 p>0,05	1,34 p>0,05	0,20 p>0,05	0,04 p>0,05	0,15 p>0,05	0,12 p>0,05	2,40 p>0,05	0,60 p>0,05	0,57 p>0,05	0,07 p>0,05	1,86 p>0,05	1,34 p>0,05
Читання	Читання вголос та «мовчазне читання»	<b>5,41</b> p<0,05	0,39 p>0,05	2,23 p>0,05	0,04 p>0,05	0,76 p>0,05	0,36 p>0,05	1,00 p>0,05	2,08 p>0,05	0,06 p>0,05	2,73 p>0,05	0,22 p>0,05	0,03 p>0,05	0,06 p>0,05
Рахування	Автоматизоване, арифметичне, письмове рахування	0,14 p>0,05	0,08 p>0,05	0,16 p>0,05	0,64 p>0,05	0,01 p>0,05	p=0,25*	p=0,67*	0,32 p>0,05	0,17 p>0,05	0,01 p>0,05	0,30 p>0,05	0,17 p>0,05	0,39 p>0,05

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Пракис	Конструктивний	<b>8,45</b> p<0,01	0,00 p>0,05	<b>7,17</b> p<0,01	<b>5,73</b> p<0,05	0,01 p>0,05	1,27 p>0,05	–	2,24 p>0,05	0,03 p>0,05	2,25 p>0,05	0,26 p>0,05	1,87 p>0,05	0,01 p>0,05
	Динамічний	<b>5,84</b> p<0,05	0,70 p>0,05	0,60 p>0,05	0,72 p>0,05	0,01 p>0,05	0,13 p>0,05	p=0,41*	1,81 p>0,05	0,06 p>0,05 0,84	2,25 p>0,05	0,05 p>0,05	0,28 p>0,05	0,27 p>0,05
Аудіальний гнозис	Впізнання звуків, мелодій, відтворення ритмів	1,68 p>0,05	0,15 p>0,05	0,75 p>0,05	0,03 p>0,05	0,03 p>0,05	p=0,71*	p=1,00*	2,00 p>0,05	0,01 p>0,05	2,21 p>0,05	0,02 p>0,05	2,60 p>0,05	1,18 p>0,05
Схема тіла	Право-ліво орієнтування	<b>9,93</b> p<0,01	0,01 p>0,05	2,60 p>0,05	0,165 p>0,05	0,929 p>0,05	p=0,71*	–	2,20 p>0,05	0,21 p>0,05	<b>6,63</b> p<0,05	0,99 p>0,05	0,09 p>0,05	1,41 p>0,05
	Пальцьовий гнозис	2,83 p>0,05	0,08 p>0,05	0,39 p>0,05	<b>5,29</b> p<0,05	0,21 p>0,05	–	–	2,46 p>0,05	0,82 p>0,05	<b>11,04</b> p<0,01	0,64 p>0,05	3,23 p>0,05	0,39 p>0,05
Орієнтування у просторі	Просторове співвідношення, «сліпий» циферблат	1,42 p>0,05	0,00 p>0,05	1,41 p>0,05	<b>6,04</b> p<0,05	2,97 p>0,05	0,56 p>0,05	–	0,31 p>0,05	2,23 p>0,05	<b>6,63</b> p<0,05	2,18 p>0,05	0,09 p>0,05	2,60 p>0,05
Зоровий гнозис	Предметний зоровий гнозис <sup>26</sup>	0,12 p>0,05	0,20 p>0,05	0,04 p>0,05	0,03 p>0,05	0,01 p>0,05	p=0,42*	p=0,41*	0,01 p>0,05	0,13 p>0,05	0,01 p>0,05	0,04 p>0,05	0,51 p>0,05	0,83 p>0,05
	Гнозис облич	3,73 p>0,05	0,59 p>0,05	1,12 p>0,05	<b>4,02</b> p<0,05	0,69 p>0,05	p=0,48*	–	0,11 p>0,05	2,35 p>0,05	<b>5,58</b> p<0,05	0,08 p>0,05	0,15 p>0,05	0,41 p>0,05
	Короткочасна зорова пам'ять	p=0,42	0,06 p>0,05	0,86 p>0,05	2,45 p>0,05	0,01 p>0,05	p=0,10*	p=0,63*	0,01 p>0,05	0,13 p>0,05	p=1,00*	0,04 p>0,05	1,92 p>0,05	0,56 p>0,05

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Мислення	Сюжетні та послідовні картинки	<b>5,96</b> <b>p&lt;0,05</b>	0,315 p>0,05	3,76 p>0,05	<b>4,33</b> <b>p&lt;0,05</b>	0,71 p>0,05	p=0,29*	–	3,72 p>0,05	0,01 p>0,05	<b>5,05</b> <b>p&lt;0,05</b>	0,15 p>0,05	1,04 p>0,05	0,49 p>0,05

Примітки: – жирним шрифтом виділено ознаки з парною спряженістю з рівнем достовірності p<0,05 та p<0,01

«–» – позначено відсутність клінічних випадків збігу за відповідними ознаками;

\* – кількість клінічних випадків не дозволяє застосовувати критерій  $\chi^2$ , використано точний критерій Фішера.



## Список літератури

1. Підкоритов В. С., Серікова О. С. Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 20, вип. 1(90). – С.142–143.
2. Чугунов В. В. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства / В. В. Чугунов, Е. Н. Киреева // Запорожский медицинский журнал. – Запорожье: ЗГМУ, – 2014, NN. 3. – С. 71–76.
3. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting / Wilson J.E., Nian H., Heckers S. //Eur. Arch.PsychiatryClin.Neurosc.– 2014. – Vol. 264(1). – P. 29–34.
4. Сумарокова М.А., Хритинин Д.Ф. Особенности лекарственного патоморфоза ремиссий у больных с шизоаффективными расстройствами// Сборник материалов XXI конгресса человек и лекарство. – Москва – 2014 – С. 188.
5. Волошин П. В., Марута Н. О., Лінський І. В. та ін. Стан психічного здоров'я населення та показники діяльності психіатричної та наркологічної служби в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2014–2017 рр. – Харків, 2019. – 84 с.
6. Цьона А. Р. Особливості негативної симптоматики та нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію в стадії ремісії // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харків, 2017. – 20 с.
7. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 360 с.

## References

1. Podkorytov VS, Serikova OS Predictors and features of the clinical picture of repeated attacks of schizoaffective disorder // Ukrainian Journal of Psychoneurology. - 2017. - Vol. 20, №. 1 (90). – P. 142 – 143.
2. Chugunov VV Medical and psychological predictors of the prodromal period of the recurrent episode of recurrent depressive disorder / VV Chugunov, E. N. Kireeva // Zaporizhzhya Medical Journal. - Zaporozhye: ZSMU. - 2014, N. 3. –P. 71–76.
3. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting / Wilson J.E., Nian H., Heckers S. //Eur. Arch.PsychiatryClin.Neurosc.– 2014. – Vol. 264(1). – P. 29–34.
4. Sumarokova M.A., Khritinin D.F. Features of drug-induced pathomorphism of remissions in patients with schizoaffective disorders // Proceedings of the XXI Congress man and medicine. – Moscow, - 2014 – 188 p.
5. Voloshin PV, Maruta NO, Linsky IV and others. State of mental health of the population and indicators of psychiatric and narcological service activity in Ukraine. Information and Analytical Review for 2014-2017. - Kharkiv, 2019. - 84 p.
6. Tsiona AR Features of negative symptomatology and neurocognitive deficit in patients with schizophrenia in remission // Synopsis of Thesis. ... Cand. Med. Sciences (PhD). - Kharkiv, 2017. - 20 p.
7. Wasserman L. I., Dorofeeva S. A., Meerson Y. A. Methods of neuropsychological diagnosis: A practical guide. - St. Petersburg: Stroyloschost, 1997. - 360 p.

Робота надійшла в редакцію 05.12.2019 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування