

# Алгоритм діагностичної диференціації шизоафективного розладу від інших ендогенних психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та афективні розлади)

М. Є. Хоміцький 

Запорізький державний медичний університет, Україна

**Ключові слова:**  
психози,  
шизоафективний  
розлад, клініка,  
діагностика.

**Патологія.** 2020.  
Т. 17, № 1(48).  
С. 80-85

\*E-mail:  
nhomitski@ukr.net

Складною залишається диференційна діагностика шизофренії, шизоафективного розладу (ШАР) й афективних розладів (АР). Це зумовлено схожістю клінічної картини загострення психозу. Перспективний напрям підвищення якості диференційної діагностики – вивчення нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформацій (ПпТ). Вивчення цих змін при ШАР і визначення їхніх клінічних відмінностей від патоперсоналогії шизофренії та АР дасть можливість здійснювати диференційну діагностику з високим рівнем вірогідності.

**Мета роботи** – розроблення алгоритму діагностичної диференціації ШАР від інших ендогенних психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та АР) на базі аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак станів ремісії.

**Матеріали та методи.** На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 312 пацієнтів, з-поміж них 102 особи страждають на АР, 102 хворих мають встановлений діагноз шизоафективний розлад, 108 осіб із діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу.

Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний, клініко-етологічний, а також медико-статистичний аналіз.

**Результати.** У дослідженні розроблено алгоритм діагностичної диференціації ШАР від інших ендогенних психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та АР) на основі аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак станів ремісії / інтермісії. Алгоритм передбачає послідовне використання 2 таблиць (диференціація для пари ШАР – шизофренія та ШАР – АР), в яких наведені ознаки, впорядковані за зниженням показника сумарної інформативності.

**Висновки.** Результати можуть використовуватися під час диференційної діагностики ендогенного психозу з визначенням нозологічної належності клінічного випадку до ШАР, а також для застосування індивідуально необхідних медико-реабілітаційних утручань.

**Key words:**  
psychoses,  
schizoaffective  
disorder, clinic,  
diagnostics.

**Pathologia**  
2020; 17 (1), 80-85

## An algorithm for the diagnostic differentiation of schizoaffective disorder and other endogenous psychoses with episodic course (schizophrenia and affective disorders)

M. Ye. Khomitskyi

At present, it is difficult to carry out differential diagnosis between schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD), which is caused by a similarity of the clinical features of psychosis exacerbation. A promising direction of improving the quality of differential diagnosis is the study of nosospecific pathopersonological transformations (PpT). Studying of these changes and identifying their clinical differences from the pathopersonology of schizophrenia and AD will allow differential diagnosis with a high level of confidence.

**The aim of the study** was to develop an algorithm for the diagnostic differentiation of SAD and other endogenous psychoses with episodic course (schizophrenia and AD) based on the analysis of clinical-psychopathological, medical- psychological and clinical-ethological features of remission.

**Contingents and methods.** 312 patients were examined at the Municipal Non-Commercial Enterprise "Regional Clinical Institution for Provision of Psychiatric Care" of Zaporizhzhia Regional Council, including 102 patients suffering from AD, 102 persons with SAD and 108 patients diagnosed with "Schizophrenia. Paranoid type. Episodic course".

The main methods of the study were clinical-psychopathological, psychodiagnostical, pathopsychological, clinical-anamnestic, clinical-ethological, as well as medical-statistical analysis.

**Results.** The study developed an algorithm for the diagnostic differentiation of SAD and other endogenous psychoses with episodic course (schizophrenia and AD) based on the analysis of clinical-psychopathological, medical-psychological and clinical-ethological features of remissions / intermissions.

The algorithm involves the sequential use of 2 tables (differentiation for the pair of SAD – schizophrenia and SAD – AD), which included features, sorted by decreasing total informative index.

**Conclusions.** The results obtained can be used in the differential diagnosis of endogenous psychosis with the determination of nosological affiliation of the clinical case to the SAD and for use of individually required medico-rehabilitative interventions.

## Алгоритм диагностической дифференциации шизоаффективного расстройства от других эндогенных психозов с эпизодическим течением (шизофрения и аффективные расстройства)

Н. Е. Хомицкий

Значительные трудности вызывает проведение дифференциальной диагностики шизофрении, шизоаффективного расстройства (ШАР) и аффективных расстройств (АР). Это обусловлено схожестью клинической картины обострения психоза. Перспективное направление повышения качества дифференциальной диагностики – изучение нозоспецифических патоперсоналогических трансформаций (ПпТ). Изучение этих изменений при ШАР и определение их клинических отличий от патоперсоналогии шизофрении и АР позволит проводить дифференциальную диагностику с высоким уровнем достоверности.

**Цель работы** – разработка алгоритма диагностической дифференциации ШАР от других эндогенных психозов с эпизодическим течением (шизофрения и АР) на основе анализа клинико-психопатологических, медико-психологических и клинико-этологических признаков состояний ремиссии.

**Материалы и методы.** На базе КНП «Областное клиническое учреждение по предоставлению психиатрической помощи» ЗОС обследовали 312 пациентов: 102 пациента с АР, 102 человека с установленным диагнозом шизоаффективное расстройство, 108 человек с диагнозом шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, патопсихологический, клинико-анамнестический, клинико-этологический, а также медико-статистический анализ.

**Результаты.** В исследовании разработан алгоритм диагностической дифференциации ШАР от других эндогенных психозов с эпизодическим течением (шизофрения и АР) на основе анализа клинико-психопатологических, медико-психологических и клинико-этологических признаков состояний ремиссии / интермиссии. Алгоритм предусматривает последовательное использование 2 таблиц (дифференциация для пары ШАР – шизофрения и ШАР – АР), в которые включены признаки, упорядоченные по убыванию показателя суммарной информативности.

**Выводы.** Результаты могут быть использованы при проведении дифференциальной диагностики эндогенного психоза с определением нозологической принадлежности клинического случая к ШАР, а также в ходе применения индивидуально необходимых медико-реабилитационных вмешательств.

**Ключевые слова:**  
психозы,  
шизоаффективное  
расстройство,  
клиника,  
диагностика.

**Патология. 2020.**  
**Т. 17, № 1(48).**  
**С. 80-85**

Вивчення ендогенних афективних і психотичних станів привертає все більшу увагу науковців з огляду на зростання поширеності та чималі соціальні та економічні збитки, що спричинені цими захворюваннями [1–4].

За чинними діагностичними рекомендаціями, у разі першого нападу гострого ендогенного психозу потрібно встановлювати діагноз гострий поліморфний психотичний розлад. Втім якісний і кількісний зміст лікувальних і реабілітаційних заходів, застосування яких необхідне в станах ремісії, суттєво відрізняється залежно від нозології та індивідуальних особливостей пацієнта. Це суттєво підвищує важливість здійснення ранньої вірогідної диференційної діагностики, мета якої полягає у визначенні нозологічної належності окремого клінічного випадку [1,2,4]. Найбільші складнощі викликає здійснення диференційної діагностики шизофренії, шизоаффективного розладу (ШАР) й афективних розладів (АР). Це зумовлено певною схожістю клінічної картини загострення психозу, в якій у більшості клінічних випадків переважає афективна симптоматика [1,2].

Перспективний напрям підвищення якості диференційної діагностики – вивчення нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформаций (ПпТ), які включають широкий діапазон психопатологічної симптоматики, що належить до стійких змін особистості внаслідок перенесеного психічного захворювання за Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Суттєві труднощі при ШАР виникають під час оцінювання та трактування наявної семіотики порушень емоційної та вольової сфери та

диференції нерізких проявів емоційно-вольового зниження, субдепресії (ендогенної, психогенної, нейрорептичної) та «депресивного стилю поведінки», формування якого відбувається в періоди ремісії / інтермісії ендогенних депресивних розладів. Вочевидь, названі емоційні порушення поглиблюють, а можливо, і стають причиною нейрокогнітивного дефіциту, формування якого доведено вже після перших епізодів ендогенних психозів.

Вивчення цих змін і визначення їхніх клінічних відмінностей від патоперсоналогії шизофренії та афективних розладів дасть можливість здійснювати ранню диференційну діагностику з високим рівнем вірогідності всередині групи ендогенних психозів. Наступний крок – оптимізація лікувально-реабілітаційних впливів і підвищення рівня адаптації та якості життя пацієнтів, які страждають на ШАР.

### Мета роботи

Розроблення алгоритму діагностичної диференції ШАР від інших ендогенних психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та АР) на базі аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак станів ремісії.

### Матеріали і методи дослідження

На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 312 пацієнтів: 102 особи, які страждають на афективні розлади (АР), до яких належить біполярний афективний роз-

лад (50 осіб) і рекурентний депресивний розлад (52 особи) – група 1; 102 особи із встановленим діагнозом шизоафективний розлад – група 2; 108 осіб із діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу – група 3. Діагностика цих захворювань здійснена за МКХ-10.

Група 1 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів дорівнював  $47,9 \pm 10,2$  року (усі дані наведено як  $M \pm SD$ ); поділ за статтю: 70 жінок і 32 чоловіки; тривалість захворювання у вибірці – від 2 до 40 років, середній показник –  $14,4 \pm 8,6$  року. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці –  $33,5 \pm 10,3$  року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 31 епізоду хвороби та госпіталізацій, що з ними пов'язані. У середньому в групі 2 цей показник становив  $6,9 \pm 5,0$  разів. У групі 2 середній вік пацієнтів дорівнював  $45,0 \pm 10,3$  року; поділ за статтю: 53 жінки і 49 чоловіків; тривалість захворювання – від 2 до 35 років, середній показник –  $16,8 \pm 8,3$  року. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці –  $28,2 \pm 7,6$  року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксували від 2 до 32 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій, у середньому у вибірці цей показник становив  $11,9 \pm 6,8$  разів. Характеристики групи 3: середній вік пацієнтів –  $39,0 \pm 9,7$  року; поділ за статтю: 59 жінок і 49 чоловіків; тривалість захворювання становила від 2 до 32 років, середній показник –  $13,5 \pm 8,1$  року. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці –  $25,5 \pm 6,3$  року. До обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксували від 2 до 18 епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, у середньому у вибірці цей показник дорівнював  $6,3 \pm 3,8$  разів.

Обов'язкові критерії включення у вибірку: наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність тяжкої соматичної, неврологічної патології.

Усі пацієнти дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основні методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний, клініко-етологічний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод використали для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження, а також для оцінювання стану пацієнтів за Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [5].

Клініко-анамнестичний метод застосували під час поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод передбачав аналіз медичної документації (амбулаторні карти), отримання даних шляхом опитування пацієнта, його родичів і найближчого оточення.

Психодіагностичним методом дослідили особистісні характеристики за допомогою стандартизованого методу дослідження особистості (СМДО) [6], особливості реагування на хворобу (РНХ) та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [7]. Психодіагностичне обстеження включало оцінювання нейропсихологічного статусу за допомогою

набору нейрокогнітивних методик, що засновані на розробках А. Р. Лурія (Л. І. Вассерман, 1997) [8].

Клініко-етологічний метод застосували для вивчення структури та типології невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, що укладений V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [9].

Статистичний аналіз даних виконали методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. Обчислювали середнє значення ( $M$ ) та стандартне відхилення ( $SD$ ).

Для побудови диференційно-діагностичного алгоритму оцінили діагностичну цінність якісних ознак (діагностичних коефіцієнтів (ДК) і ступенів інформативності (СтІ)), сформулювали двоетапний диференційно-діагностичний алгоритм, який може бути використаний у рамках послідовної процедури А. Вальда (в модифікації Е. В. Гублера).

## Результати

На етапі первинного опрацювання даних у кожному випадку оцінювали вірогідність/невірогідність результату та можливість/неможливість використання для наступного узагальненого оцінювання. Якщо результат обстеження пацієнта за окремою методикою визнано невірогідним, його виключали зі статистичного опрацювання. Загальна кількість результатів, що отримані під час обстеження за методикою СМДО і які визнані невірогідними, становила 62 випадки (19,4 % контингенту). За групами: 16 (15,7 % контингенту групи), 21 (20,6 % контингенту групи) та 25 (23,1 % контингенту групи) випадків – у 1, 2 і 3 групі відповідно. Оцінювання результатів, які отримали за оцінювальними шкалами (показують ставлення до обстеження та можуть бути використані для визначення психічного стану загалом) L (нещирість), F (ненадійність) і K (корекції), виявило значну схожість ( $p > 0,1$ ) профілів груп обстеження. Так, показники за L у 1, 2 і 3 групах дорівнювали  $50,47 \pm 9,62$ ,  $49,41 \pm 8,84$  та  $48,72 \pm 8,50$  Т-балів відповідно. Це свідчить про відсутність намагань справити краще враження під час обстеження. Показники, які отримали за шкалою F, у 1, 2 та 3 групі:  $63,26 \pm 9,15$ ,  $62,07 \pm 8,47$  та  $63,18 \pm 10,39$  Т-балів. Це свідчить про стан дистресу, схвилюваності, внутрішнього напруження, що спричинене внутрішніми психологічними проблемами. Середні показники за шкалою K – у межах 53–56 Т-балів (в 1 групі –  $54,22 \pm 9,33$ , у 2 –  $55,43 \pm 8,58$ , у 3 –  $53,47 \pm 9,57$ ) і є свідченням нехильності обстежених заперечувати наявність проблем, а також про чутливість до оцінювання своєї особистості та поведінки суспільством.

Отже, кількість пацієнтів, результати обстеження яких вважали вірогідними та використали для обчислення, становила 250 осіб: 81, 86 і 83 пацієнти у 1, 2 і 3 групі відповідно.

Статистичне опрацювання результатів починали з обрахування діагностичного коефіцієнта (ДК) та СтІ для кожного значення кожної якісної ознаки. Обчислення виконували в парах ШАР – шизофренія та ШАР – АР. Також розраховували сумарну інформативність (СІ)

Таблиця 1. Перший етап диференційно-діагностичного алгоритму (ШАР – шизофренія)

| Ознака                                                                                             | Характеристики ознаки                                | ДК                                                    |                                                       |                   | СІ   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|------|
|                                                                                                    |                                                      | Якісне значення ознаки                                |                                                       |                   |      |
| Наявність егоцентричного типу у структурі РНХ                                                      | -2,07                                                | 5,11                                                  | –                                                     | –                 | 1,17 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Показник шкали 0 (соціальна інтраверсія) за СМДО ≥65 Т-балів                                       | 1,50                                                 | -5,63                                                 | –                                                     | –                 | 0,94 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Показник шкали 6 (ригідність) за СМДО ≥65 Т-балів                                                  | 2,16                                                 | -3,42                                                 | –                                                     | –                 | 0,82 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Показник шкали F (ненадійність) за СМДО ≥65 Т-балів                                                | 1,74                                                 | -4,11                                                 | –                                                     | –                 | 0,80 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Показник Р4 (збудливість) за PANSS                                                                 | -2,27                                                | 2,66                                                  | 2,91                                                  | 4,88              | 0,69 |
|                                                                                                    | 1 бал                                                | 2 бали                                                | 3 бали                                                | ≥ 4 балів         |      |
| Порушення гнозису обличчя (нейропсихологічне дослідження)                                          | 2,35                                                 | -2,90                                                 | -1,52                                                 | –                 | 0,65 |
|                                                                                                    | відсутнє                                             | Легкий ступінь                                        | Помірний або виражений ступінь                        |                   |      |
| Показник шкали 7 (тривожність) за СМДО ≥65 Т-балів                                                 | 1,79                                                 | -2,80                                                 | –                                                     | –                 | 0,57 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Уникання зорового контакту в соціально-комунікативній поведінці                                    | 0,63                                                 | -8,02                                                 | –                                                     | –                 | 0,56 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Порушення конструктивного праксису (нейропсихологічне дослідження)                                 | 2,49                                                 | -2,11                                                 | -2,20                                                 | 0,11              | 0,55 |
|                                                                                                    | відсутнє                                             | легкий ступінь                                        | помірний ступінь                                      | виражений ступінь |      |
| Наявність тривожного типу у структурі РНХ                                                          | -1,12                                                | 4,26                                                  | –                                                     | –                 | 0,54 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Наявність апатичного типу у структурі РНХ                                                          | 0,78                                                 | -6,18                                                 | –                                                     | –                 | 0,53 |
|                                                                                                    | ні                                                   | так                                                   |                                                       |                   |      |
| Порушення розуміння логіко-граматичних структур (нейропсихологічне дослідження)                    | 1,65                                                 | -3,05                                                 | -2,11                                                 | –                 | 0,52 |
|                                                                                                    | відсутнє                                             | легкий ступінь                                        | помірний або виражений ступінь                        |                   |      |
| Невербальні елементи емоційно-вольового зниження та аутизації в соціально-комунікативній поведінці | 1,47                                                 | -3,35                                                 | -1,65                                                 | –                 | 0,51 |
|                                                                                                    | < 5 % від загальної кількості поведінкових елементів | 5–15 % від загальної кількості поведінкових елементів | > 15 % від загальної кількості поведінкових елементів |                   |      |
| Порушення мислення (нейропсихологічне дослідження)                                                 | 1,91                                                 | -2,90                                                 | -0,47                                                 | –                 | 0,50 |
|                                                                                                    | відсутнє                                             | легкий ступінь                                        | помірний або виражений ступінь                        |                   |      |

Таблиця 2. Другий етап диференційно-діагностичного алгоритму (ШАР – АР)

| Ознака                                                                                   | Характеристики ознаки | ДК                     |           |   | СІ   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|---|------|
|                                                                                          |                       | Якісне значення ознаки |           |   |      |
| Наявність егоцентричного типу у структурі РНХ                                            | -2,04                 | 4,92                   | –         | – | 1,11 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Наявність дисфоричного типу у структурі РНХ                                              | -1,24                 | 7,86                   | –         | – | 1,08 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Показник Р5 (ідеї величі) за PANSS                                                       | -1,54                 | 0,26                   | 9,29      | – | 0,96 |
|                                                                                          | 1 бал                 | 2 бали                 | ≥ 3 бали  |   |      |
| Показник Р4 (збудливість) за PANSS                                                       | -2,04                 | 0,59                   | 6,49      | – | 0,91 |
|                                                                                          | 1 бал                 | 2 бали                 | ≥ 3 бали  |   |      |
| Показник шкали F (ненадійність) за СМДО ≥65 Т-балів                                      | 1,80                  | -4,19                  | –         | – | 0,84 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Демонстрація невербального елемента «фланш бровами» в соціально-комунікативній поведінці | 6,79                  | -0,88                  | –         | – | 0,67 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Наявність меланхолічного типу у структурі РНХ                                            | 0,86                  | -6,51                  | –         | – | 0,63 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Показник шкали К (корекція) за СМДО ≥65 Т-балів                                          | 0,80                  | -6,27                  | –         | – | 0,57 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Наявність гармонійного типу у структурі РНХ                                              | 0,80                  | -6,27                  | –         | – | 0,57 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Показник шкали 9 (оптимізм та активність) за СМДО ≥65 Т-балів                            | -1,44                 | 3,15                   | –         | – | 0,51 |
|                                                                                          | ні                    | так                    |           |   |      |
| Сума за субшкалою загальних розладів PANSS                                               | -3,51                 | 0,88                   | 2,48      | – | 0,50 |
|                                                                                          | <20 балів             | 20–30 балів            | >20 балів |   |      |

для кожної ознаки. Наступний крок – упорядкування ознак за зменшенням показника CI окремо для пари ШАР – шизофренія (табл. 1) та ШАР – АР (табл. 2). Отже, діагностичний алгоритм включає 2 послідовні етапи, кожен із яких використовує власну диференційно-діагностичну таблицю. Як критерій завершення кожного етапу процедури диференційної діагностики використали порогові значення ΣДК, які відповідають показнику чутливості 95 % та показнику специфічності 95 % і дорівнюють 13 (-13 у разі завершення процедури не на користь діагнозу ШАР). Надалі зіставляли результати, що отримані на обох етапах. При досягненні значення ΣДК >13, >20 та >30 (за етапами 1 і 2) клінічний випадок відповідає діагнозу ШАР з вірогідністю 95 %, 99 % та 99,9 %. При досягненні значення ΣДК <-13, <-20 та <-30 (за етапами 1 і 2) клінічний випадок не відповідає діагнозу ШАР із вірогідністю 95 %, 99 % і 99,9 %.

## Обговорення

Результати корелюють із даними вітчизняних [4] та іноземних [2,9] дослідників і свідчать про наявність у пацієнтів із періодичними ендogenous психозами в період ремісії клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак ПпТ, структура і вираженість яких відрізняється залежно від нозологічної належності. Виявлені нозоспецифічні відмінності ПпТ характеризуються рівнем вірогідності  $p \leq 0,05$  та  $StI \geq 0,5$  і стали основою для уперше розробленого алгоритму діагностичної диференціації ШАР від інших ендogenous психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та афективні розлади).

## Висновки

1. У дослідженні розробили алгоритм діагностичної диференціації ШАР від інших ендogenous психозів з епізодичним перебігом (шизофренія та АР) на підставі аналізу клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак станів ремісії/інтермісії.

2. Здійснили порівняльний аналіз клінічної семіотики, що належить до ПпТ при ендogenous психозах з епізодичним перебігом, встановили ознаки з вірогідною різницею частоти виявлення під час порівняння в парах ШАР – шизофренія та ШАР – АР. Обрахували ДК та СтІ для кожного значення кожної якісної ознаки. Розрахували також CI для кожної ознаки.

3. Розробили діагностичний алгоритм, який передбачає послідовне використання 2 таблиць (диференціація для пари ШАР – шизофренія та ШАР – АР), у які включені ознаки, що характеризуються рівнем вірогідності  $p \leq 0,05$  та  $StI \geq 0,5$  і впорядковані за зменшенням показника CI.

4. Використання комплексного якісного оцінювання клініко-психопатологічних, медико-психологічних і клініко-етологічних ознак ПпТ, що включені в диференційно-діагностичний алгоритм, дає змогу встановити або спростувати діагноз ШАР на трьох рівнях вірогідності: 95 % ( $p = 0,05$ ), 99 % ( $p = 0,01$ ) і 99,9 % ( $p = 0,001$ ).

5. Результати можуть бути використані під час диференційної діагностики в період ремісії/інтермісії ендogenous психозу з епізодичним перебігом із визначенням нозологічної належності окремого клінічного випадку до ШАР і застосування індивідуально необхідних терапевтичних, психосоціальних втручань і спрямованого нейрокогнітивного тренінгу відповідно до визначеної нозології.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 05.02.2020

Після доопрацювання / Revised: 14.02.2020

Прийнято до друку / Accepted: 28.02.2020

## Відомості про автора:

Хомицький М. Є., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-8622-6718

## Information about author:

Khomitskiy M. Ye., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

## Сведения об авторе:

Хомицкий Н. Е., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

## Список літератури

- [1] The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial / D. L. Peterson, C. A. Webb, J. W. Keeley et al. *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 208. P. 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.011>
- [2] Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, M. Manchia, M. Tusconi et al. *Bipolar Disorders*. 2016. Vol. 18, Iss. 1. P. 78-80. <https://doi.org/10.1111/bdi.12366>
- [3] Стан психічного здоров'я населення та показники діяльності психіатричної та наркологічної служби в Україні: інформ.-аналіт. огляд за 2014 – 2017 рр. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. В. Лінський та ін. Харків, 2019. 81 с.
- [4] Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71-76. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035>
- [5] Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987. Vol. 13, Iss. 2. P. 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- [6] Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство. СПб: Стройлеспечатль, 1997. 360 с.
- [7] Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
- [8] Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб: Речь, 2000. 219 с.
- [9] Samokhvalov V. P., Samokhvalova O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*. Vol. 2. Springer Netherlands, 2011. P. 121-164. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0\\_6](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6)

## References

- [1] Peterson, D. L., Webb, C. A., Keeley, J. W., Gaebel, W., Zielasek, J., Rebello, T. J., Robles, R., Matsumoto, C., Kogani, C. S., Kulygina, M., Farooq, S., Green, M. F., Falkai, P., Hasan, A., Galderisi, S., Larach, V., Krasnov, V., & Reed, G. M. (2019). The reliability and clinical utility of

- ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophrenia Research*, 208, 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.011>
- [2] Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiniello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F., & Vieta, E. (2016). Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorders*, 18(1), 78-80. <https://doi.org/10.1111/bdi.12366>
- [3] Voloshyn, P. V., Maruta, N. O. Linskyi, I. V., Panko, T. V., Koliesnik, T. M., & Vainer, I. M. (Eds.). (2019). *Stan psykhichnoho zdorovia naseleennia ta pokaznyky diialnosti psykhiatrychnoi ta narkolohichnoi sluzhby v Ukraini*. Informatsiino-analitychnyi ohliad za 2014 – 2017 rr [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. [in Ukrainian].
- [4] Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014). Mediko-psikhologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo epizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstroistva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhye medical journal*, (3), 71-76. [in Russian]. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.3.26035>
- [5] Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- [6] Vasserman, L. I., Dorofeeva, S. A., & Meerson, Ya. A. (1997). *Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki* [Methods of neuropsychological diagnosis]. Saint Petersburg: Stroilespechat. [in Russian].
- [7] Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B., & Vuks, A. Ya. (2005). Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei [Psychological assessment of attitude toward disease]. *Saint Petersburg: Bekhterev Psychoneurological Research Institute*. [in Russian].
- [8] Sobchik, L. N. (2000). *Standartizirovannyi mnogofaktornyi metod issledovaniya lichnosti SMIL* [Standardized multifactorial method of studying personality SMIL]. *Saint Petersburg: Rech'*. [in Russian].
- [9] Samokhvalov, V. P., & Samokhvalova, O. E. (2011). Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. In *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II* (pp. 121-164). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0\\_6](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0831-0_6)