

НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ЯК СКЛАДОВА ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (порівняльний аналіз)

Запорізький державний медичний університет

Проаналізовано нейропсихологічні порушення у хворих на ендогенні психози з епізодичним типом перебігу в станах ремісії/інтермісії. При шизофренії виявлено нозоспецифічні відмінності як за поширеністю, так і за ступенем вираженості. Вивчення поведінки пацієнтів у ситуації тестування показало нозоспецифічні відмінності мотиваційного компонента пізнавальної діяльності та модусів соціальної взаємодії. Провідними механізмами зниження рапорту при афективних та шизоафективному розладах є пасивно-агресивна поведінка знецінювання процедури обстеження, а при шизофренії — емоційне збіднення та явища аутизації.

Ключові слова: шизоафективний розлад, шизофренія, афективні розлади, нейрокогніція, дезадаптація, патоперсоналогічні трансформації.

До теперішнього часу феноменологічне дослідження ендогенних психозів залишається найбільш поширеним варіантом для визначення психічних розладів, проте високий рівень неоднозначності та суб'єктивності такого підходу вимагає від фахівців розробки додаткових критеріїв діагностики й диференціювання окремих нозологічних форм цієї групи (афективні розлади (АР), шизоафективний розлад (ШАР) та шизофренія) [1–3]. Значний обсяг фактичного матеріалу зібрано на засадах мультидисциплінарного підходу й об'єднання зусиль дослідників фізіології головного мозку, когнітивних процесів і поведінки у структурі когнітивної нейробіології. Результати переважної більшості досліджень, проведених останніми десятиліттями, свідчать, що функціональний дефіцит (ураження, яке передбачає і використовує нейрокогнітивні зв'язки) при ендогенних психозах з епізодичним типом перебігу є одним із провідних факторів формування соціальної дезадаптації навіть у випадках довготривалих ремісій [4–6].

Поява нової генерації лікарських засобів, які впливають, окрім позитивної та негативної симптоматики, й на когнітивні порушення, також стимулювала інтерес до дослідження пізнавальних функцій при ендогенних розладах. Використання антипсихотичних препаратів доповнюється з метою зниження проявів нейрокогнітивного дефіциту призначенням ноотропних засобів, інгібіторів ацетилхолінестерази та антидепресантів [4]. Отримано позитивний ефект тренінгів когнітивно-соціального функціонування та нейрокогнітивного тренування з використанням комп'ютерних програм [4–7].

Оскільки стан і динаміка нейрокогнітивних процесів є важливим компонентом, який, об'єднуючись із особливостями емоційного реагування та характеристиками вольових процесів, визначає патерни поведінки індивіда у соціумі, то доцільно розглядати нейрокогнітивні порушення при ендогенних психозах як складову постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій. Комплексне дослідження клінічних проявів, структури та нозоспецифічних відмінностей патоперсоналогічних трансформацій при ендогенних психозах дасть можливість уточнення диференційної діагностики, визначення якісних і кількісних характеристик необхідних психофармакологічних, психотерапевтичних та реабілітаційних втручань на засадах персоніфікованої медицини. Результатом має стати підвищення рівня соціальної компетентності і, відповідно, якості життя пацієнтів та їх мікросоціального оточення.

Мета цього дослідження — провести порівняльний аналіз нейрокогнітивних розладів як складової патоперсоналогічних трансформацій у хворих на ендогенні психози з епізодичним типом перебігу.

На базі КЗ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької облради було обстежено 312 пацієнтів, серед яких 102 були з діагнозами: біполярний афективний розлад ($n = 50$) та рекурентний депресивний розлад ($n = 52$), яких було об'єднано в групу 1 (АР) — Г1; 102 особи із установленим діагнозом шизоафективний розлад (група 2 — Г2) та 108 — із діагнозом шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу (група 3 — Г3). Діагностику зазначених захворювань було здійснено

згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Г1 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів — $47,9 \pm 10,2$ року; розподіл за статтю — 70 жінок та 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 хворих зафіксовано від 2 до 31 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій (в середньому — $6,9 \pm 5,0$ разу). У Г2 середній вік пацієнтів становив $45,0 \pm 10,3$ року; розподіл за статтю — 53 жінки та 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 становив $28,2 \pm 7,6$ року. До моменту обстеження в анамнезі хворих зафіксовано від 2 до 32 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій (у середньому — $11,9 \pm 6,8$ разу). Г3 включала пацієнтів із середнім віком $39,0 \pm 9,7$ року; мала розподіл за статтю — 59 жінок та 49 чоловіків; тривалість захворювання у вибірці — від 2 до 32 років (середній показник — $13,5 \pm 8,1$ року). Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання становив $25,5 \pm 6,3$ року. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 18 епізодів хвороби та пов'язаних із ними госпіталізацій (у середньому — $6,3 \pm 3,8$ разу). Обов'язковими критеріями включення до вибірки були наявність в обстеженого стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики, відсутність тяжких соматичної та неврологічної патології, а також хворих, які зловживають психоактивними речовинами. Усі 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 МКХ 10-го перегляду та стану ремісії/інтермісії на момент дослідження.

Психодіагностичне обстеження виконували за допомогою набору нейрокогнітивних методик, заснованих на розробках О. Р. Лурії [8, 9], згрупованих для оцінки основних когнітивних функцій: слухомовленневої і зорової пам'яті, праксису (довільних рухів), зорового, оптико-просторового, акустичного невербального і тактильного гнозису, мислення, нейродинаміки й довільної регуляції діяльності. Оцінка поведінки пацієнта проводилась під час процедури психодіагностичного дослідження [9].

У дослідженні брали участь хворі, які приймають медикаментозну терапію атипovими й тра-

диційними нейролептиками у поєднанні з коректорами (у разі потреби), антидепресантами, нормотиміками у дозах, які не перевищують рекомендовані для підтримуючої (протирецидивної) терапії та мають різний рівень медикаментозного комплаєнсу, а також особи, які не вживають ніяких психофармакологічних засобів упродовж останніх місяців або років.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано для поглибленого вивчення відповідних даних.

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

Результати обстеження являють собою інтегральні клінічні висновки, які отримано при аналізі якісних значень окремих нейропсихологічних тестів.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипольних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Йейтса, критерій Фішера ϕ , коефіцієнт Пірсона r).

Якісний нейропсихологічний аналіз проводився серед пацієнтів усіх груп обстеження. Обчислювався бал за кожною пробою згідно із запропонованими рекомендаціями [8] та відповідно до отриманого результату робився висновок про відсутність або наявність і ступінь вираженості (легкий, середній, виражений) порушень в обстеженого. Порівняння отриманих результатів між групами проводилося за співвідношенням осіб, у яких було виявлено нейрокогнітивні порушення, як у цілому, так і з урахуванням ступеня їх вираженості.

Згідно з отриманими результатами в обстежених усіх груп відзначено ознаки нейрокогнітивного дефіциту різної структури та ступеня тяжкості. В усіх групах переважали порушення легкого та середнього ступенів вираженості у співвідношенні, близькому до 3:1. Виражені порушення мали поодинокий характер і становили не більше 9% від усіх випадків нейрокогнітивного дефіциту.

При проведенні порівняльного аналізу між групами обстеження встановлено статистично значущі відмінності. Нейропсихологічний профіль Г3 свідчив про більш виражені порушення, ніж у Г1 та Г2, за більшістю показників. Так, у Г3 виявлено 69 (63,9%) випадків зниження короткочасної слухомовленневої пам'яті. Цей показник є більшим ($p < 0,05$) при множинному порівнянні (у цьому

випадку та в подальшому множинне порівняння проводилося з урахуванням поправки Бонферроні з Г1 (48 (47,1%) осіб) та Г2 (38 (37,3%)). У Г3 частіше ($p < 0,01$) траплялися порушення розуміння логіко-граматичних структур (54 (50,0%) випадки) та фонотематичного аналізу (41 (38,0%)). У Г1 зазначені показники становили 30 (29,4%) та 19 (18,6%) випадків, а в Г2 — 32 (31,4%) та 18 (17,6%) відповідно. Відмінності порушень конструктивного та динамічного праксису були на рівні достовірності $p < 0,05$: у Г1 — 33 (32,4%) та 37 (36,3%) випадків, у Г2 — по 38 (37,3%) спостережень за кожним показником, у Г3 — 58 (53,7%) та 60 (55,6%) пацієнтів. Серед блоків нейрокогнітивних тестів, які входять до зорового гнозису, виявлено відмінності ($p < 0,01$) відносно облич між групами порівняння (37 (35,3%), 40 (39,2%) та 64 (59,3%) випадки порушення функції у Г1, Г2 та Г3 відповідно). Крім того, при вивченні процесу мислення з використанням сюжетних і послідовних картинок у Г3 порушення було виявлено у 69 (63,9%) осіб. Цей показник перевищував ($p < 0,05$) відповідні дані Г1 (39 (38,2%) та Г2 (46 (45,1%)). Крім переваги за кількістю осіб із порушеннями мислення, контингент Г3 переважав ($p < 0,05$) за ступенем тяжкості патології. Так, у Г3 серед 69 осіб із порушеннями мислення у 31 (44,9%) випадку вони були середнього та вираженого ступеня, тоді як цей показник у Г1 та Г2 становив 20,5% (8 осіб з 39) та 21,7% (10 пацієнтів із 46) відповідно.

При порівнянні результатів обстежень контингентів Г1 та Г2 статистично достовірні відмінності встановлено за результатами виконання блоку завдань, направлених на оцінку розуміння ситуативного мовлення та слів (входить до розділу II «Розуміння мовлення та словесних значень»). У Г2 пацієнти з порушеннями цієї нейрокогнітивної функції становили 31,4%, і тому цей показник був більшим ($p < 0,05$), ніж у Г1 (18 (17,6%) осіб), та не відрізнявся ($p > 0,05$) від такого в Г3 (40 (37,0%)). При порівнянні показників порушень гнозису облич виявлено, що у Г1 серед 37 осіб із такою патологією лише у 6 (16,2%) пацієнтів порушення були середнього ступеня вираженості, у Г2 із 40 хворих, які мали порушення, у 12 (30,0%) нейропсихологічний дефіцит досягав середнього ступеня вираженості, а у 3 (7,5%) осіб вони були вираженими. Отже, серед осіб із порушенням гнозису облич у Г2 порівняно з Г1 частіше ($p < 0,05$) вони спостерігалися середнього та вираженого ступенів. У пацієнтів Г2 порушення впізнавання звуків, мелодій та відтворення ритмів частіше ($p < 0,05$) досягали середнього та вираженого ступенів, ніж у пацієнтів Г1. Так, серед 26 осіб Г1 порушення середнього ступеня

вираженості відзначалися у 6 (23,1%) пацієнтів (випадків виражених порушень не зафіксовано), а в Г2 із 33 обстежених із відповідними порушеннями у 12 (36,3%) вони виявилися середнього ступеня, а у 6 (18,2%) були вираженими.

Отримані результати по групах дослідження наведено в таблиці.

Із метою визначення мотиваційного компонента пізнавальної діяльності, а також виявлення особливостей модусів соціальної взаємодії нами проводилась експертна оцінка поведінки пацієнта у ситуації тестування за шкалами «Рапорт», «Кооперативність» та «Зусилля» [9] за 4 бальною шкалою (з оцінкою від 1 (крайній ступінь зниження, відсутність) до 4 (поведінка, яку можна очікувати від здорової людини)). Порівняння якості рапорту, який встановлювали пацієнти в умовах обстеження, показало зменшення відсотка осіб із показниками 3 та 4 бали у напрямку: Г1 (90 (89,2%) осіб) — Г2 (77 (75,5%)) — Г3 (64 (59,3%)) зі ступенем достовірності $p < 0,05$ з урахуванням поправки Бонферроні. При цьому провідними механізмами зниження рапорту для Г1 та Г2 були пасивно-агресивна поведінка знецінювання процедури обстеження, а в Г3 — емоційне збіднення та явища аутизації. У Г3 також було менше ($p < 0,05$) осіб (60 (55,6%) спостережень), поведінка яких під час тестування оцінювалася у 3–4 бали за шкалою «Кооперативність», ніж у Г1 (78 (76,5%) випадків) та Г2 (80 (78,4%)). Порівняння між групами обстеження за шкалою, що оцінює зусилля обстежуваного під час дослідження, не виявило статистично достовірних відмінностей. Частка пацієнтів із оцінкою в 3–4 бали за шкалою «Зусилля» становила у Г1 — 82,4% (84 особи), у Г2 — 78,4% (80) та у Г3 — 72,2% (78).

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Проаналізовано нейропсихологічні порушення як складову патоперсонологічних трансформацій у хворих на ендogenousні психози з епізодичним типом перебігу в станах ремісії/інтермісії та виявлено нозоспецифічні відмінності між групами дослідження.

У хворих на ендogenousні психози з епізодичним перебігом переважають нейропсихологічні порушення легкого та середнього ступенів вираженості у співвідношенні клінічних випадків, близькому до 3:1. Виражені порушення мають поодинокий характер та становлять не більше 9% від усіх нейрокогнітивних порушень. Клінічна структура та ступінь вираженості нейропсихологічного дефіциту залежать від нозологічної приналежності.

Найбільш значущі нейропсихологічні порушення (як за поширеністю, так і за ступенем вираженості) виявлено при шизофренії, а саме — зниження

Показники порушень виконання нейропсихологічних проб у групах порівняння

Нейрокогнітивні функції	Г1, n = 102		Г2, n = 102		Г3, n = 108		p		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	Г1-Г2	Г1-Г3	Г2-Г3
<i>I. ЕКСПРЕСИВНЕ МОВЛЕННЯ</i>									
Спонтанне й діалогічне мовлення	8	7,8	12	11,8	17	15,7	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Автоматизоване мовлення	16	15,7	19	18,6	22	20,4	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Віддзеркалене мовлення (повторення)	36	35,3	29	28,4	52	48,1	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,01
Короткочасна слухомовленнева пам'ять	48	47,1	38	37,3	69	63,9	p > 0,05	p < 0,05	p < 0,01
<i>II. РОЗУМІННЯ МОВЛЕННЯ ТА СЛОВЕСНИХ ЗНАЧЕНЬ</i>									
Розуміння ситуативного мовлення та слів	18	17,6	32	31,4	40	37,0	p < 0,05	p < 0,01	p > 0,05
Розуміння логіко-граматичних структур	30	29,4	32	31,4	54	50,0	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01
Фонотематичний аналіз	19	18,6	18	17,6	41	38,0	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01
<i>III. ПИСЬМО</i>									
Списування, складання слів, письмо під диктовку та самостійно	16	15,7	17	16,7	20	18,5	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>IV. ЧИТАННЯ</i>									
Читання вголос та «мовчазне»	20	19,6	22	21,6	33	30,6	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>V. ЛІЧБА</i>									
Автоматизована, арифметична, письмова лічба, розв'язування простих задач	24	23,5	30	29,4	36	33,3	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>VI. ПРАКСИС</i>									
Ідеаторний та ідеомоторний	15	14,7	15	14,7	21	19,4	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Конструктивний	33	32,4	38	37,3	58	53,7	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,05
Динамічний	37	36,3	38	37,3	60	55,6	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01
Оральний	13	12,7	10	9,8	18	16,7	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>VII. СПРИЙНЯТТЯ ШУМІВ, РИТМІВ І МЕЛОДІЙ</i>									
Впізнавання звуків, мелодій, відтворення ритмів	26	25,5	33	32,4	46	42,6	p > 0,05	p < 0,05	p > 0,05
<i>VIII. СХЕМА ТІЛА</i>									
Орієнтування «праворуч — ліворуч»	31	30,4	38	37,3	50	46,3	p > 0,05	p < 0,05	p > 0,05
Пальцевий гнозис	30	29,4	30	29,4	44	40,7	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>IX. ОРІЄНТУВАННЯ У ПРОСТОРИ</i>									
Просторове співвідношення, частини світу, «сліпий» циферблат годинника	28	27,5	38	37,3	41	38,0	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>X. СТЕРЕОГНОЗИС</i>									
Тактильне впізнавання предметів	8	7,8	12	11,8	15	13,9	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
<i>XI. ЗОРОВИЙ ГНОЗИС</i>									
Зорова уява	11	10,8	14	13,7	26	24,1	p > 0,05	p < 0,01	p > 0,05
Предметний зоровий гнозис	33	32,4	26	25,5	37	34,3	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Гнозис облич	37	36,3	40	39,2	64	59,3	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01
Короткочасна зорова пам'ять	36	35,3	25	24,5	41	38,0	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
<i>XII. СЮЖЕТНІ Й ПОСЛІДОВНІ КАРТИНКИ</i>									
Мислення	39	38,2	46	45,1	69	63,9	p > 0,05	p < 0,01	p < 0,01

короткочасної слухомовленневої пам'яті спостерігається у 63,9% контингенту. Цей показник є більшим ($p < 0,05$), ніж при АР (47,1%) та ШАР (37,3%). При шизофренії порівняно з АР та ШАР частіше ($p < 0,01$) траплялися порушення розуміння логікограматичних структур (50,0%) та фонотематичного аналізу (38,0%), гнозису облич (59,3%), конструктивного (53,7%) й динамічного (55,6%) праксису ($p < 0,05$). А порушення мислення (виявлені з використанням сюжетних і послідовних картинок) при шизофренії (63,9% контингенту) переважають АР та ШАР як за поширеністю ($p < 0,05$), так і за ступенем тяжкості ($p < 0,05$).

Виявлено відмінності нейропсихологічного профілю при АР та ШАР. Порушення розуміння ситуативного мовлення та слів, гнозису облич, впізнавання звуків, мелодій і відтворення ритмів у хворих на ШАР відзначалися частіше ($p < 0,05$), ніж при АР.

Вивчення поведінки пацієнтів у ситуації тестування виявило нозоспецифічні відмінності мотиваційного компонента пізнавальної діяльності та модусів соціальної взаємодії. При ендogenous психозах відбувається зниження ($p < 0,05$) якості рапорту між пацієнтом і дослідником у напрямку АР — ШАР — шизофренія. При цьому провідними механізмами зниження рапорту при АР та ШАР є пасивно-агресивна поведінка знецінювання процедури обстеження, а при шизофренії — емоційне збіднення та явища аутизації.

Отримані результати можуть бути використані при проведенні диференційної діагностики, а також визначення об'єму й оцінки ефективності індивідуально необхідних терапевтичних, психосоціальних втручань та спрямованого нейрокогнітивного тренінгу у хворих на ендogenous психози з епізодичним типом перебігу.

Список літератури

1. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, M. Manchia, M. Tusconi [et al.] // *Bipolar Disorder*.— 2016.— Vol. 18 (1).— P. 78–80.

2. *Марута Н. О.* Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) / Н. О. Марута, К. І. Лінська // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2018.— Т. 26, вип. 1.— С. 110–115.
3. *Чугунов В. В.* Медико-психологические предикторы продормального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства / В. В. Чугунов, Е. Н. Киреева // *Запорожский медицинский журн.*— 2014.— № 3.— С. 71–76.
4. *Цьона А. Р.* Особливості негативної симптоматики та нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію в стадії ремісії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / А. Р. Цьона.— Харків, 2017.— 20 с.
5. Cognitive functioning and insight in schizophrenia and in schizoaffective disorder / N. Birindelli, C. Montemagni, B. Crivelli [et al.] // *Rivista di Psichiatria (J. of Psychiatry)*.— 2014.— Vol. 49 (2).— P. 77–83.
6. *Кузнецова С. Л.* Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза / С. Л. Кузнецова, А. П. Коцюбинский, Н. Н. Петрова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*— Ч. 2.— 2018.— Т. 10, № 6 (53).— URL: <http://mprj.ru>
7. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство: коллективная моногр.; под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера.— М.: Медпрактика-М, 2015.— 420 с.
8. *Вассерман Л. И.* Методы нейропсихологической диагностики: практ. рук. / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон.— СПб.: Стройлеспечатль, 1997.— 360 с.
9. Комплексы психометрических методик для оценки когнитивных функций при шизофрении: метод. пособие. / Т. А. Лепилкина, Г. Е. Рупчев, М. А. Морозова, С. Н. Ениколопов.— Чехов: Центр образовательного и научного консалтинга, 2016.— 24 с.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ (сравнительный анализ)

Н. Е. ХОМИЦКИЙ

Проанализированы нейропсихологические нарушения у больных эндогенными психозами с эпизодическим типом течения в состояниях ремиссии/интермисии. При шизофрении выявлены нозоспецифические отличия как по распространенности, так и по степени выраженности. Изучение поведения пациентов в ситуации тестирования показало нозоспецифические отличия мотивационного компонента познавательной деятельности и модусов социального взаимодействия. Ведущими механизмами снижения рапорта при аффективных и шизоаффективном расстройствах является пассивно-агрессивное поведение обесценивания процедуры обследования, а при шизофрении — эмоциональное обеднение и явления аутизации.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, шизофрения, аффективные расстройства, нейрокогниция, дезадаптация, патоперсоналогические трансформации.

NEUROCOGNITIVE DISORDERS IN ENDOGENOUS PSYCHOSES WITH EPISODIC COURSE
AS A COMPONENT OF PATHO-PERSONAL TRANSFORMATIONS
(comparative analysis)

М. Ye. KHOMITSKYI

Neuropsychological disorders in the patients with endogenous psychoses with episodic type of remission/intermissions have been analyzed. Nosospecific differences in schizophrenia prevalence and severity were revealed. The study of patients' behavior in the testing situation revealed the nosospecific differences between motivational component of cognitive activity and modes of social interaction. The leading mechanisms for reducing the reports of affective and schizoaffective disorders are the passive-aggressive behavior of the impairment of the examination procedure, and in schizophrenia these are emotional impoverishment and autistic phenomena.

Key words: schizoaffective disorder, schizophrenia, affective disorders, neurocognition, maladaptation, patho-personal transformations.

Надійшла 17.09.2019