

порівнянності з 1 групою позитивна динаміка зменшення больового синдрому і рівня депресії.

Висновки. Визначено, що лікування дискогенних дорсопатій на основі запропонованого методу поєданого застосування МДИ і НАК БР в стані декомпресії хребта знижує рівень суб'єктивної оцінки болю за шкалою ВАШ практично на 30% і рівень депресії на 20% по психометричній таблиці А. Бека в порівнянні з контрольною групою.

Актуально подальше вивчення поєданого застосування психофізіологічних методів депресивних розладів для підвищення ефективності комплексного лікування дискогенних дорсопатій.

Список використаних джерел:

1. Леонов, Б.И. Низкоинтенсивная резонансная физиотерапия. Способы и средства. / Б.И. Леонов, И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, Ю.А. Артюхов. – М.: НМЦ «Мединтех». 2006. 148 с.
2. Самосюк И.З., Малюта В.И., Чухраев Н.В. Лечение болевых синдромов. / Вена. НМАПО им. П.Л. Шупика, УО физической и реабилитационной медицины. 2016. 224 с.
3. Chuhraev N., Zukow W., Samosiuk N., Danilova O. The role of psychological correction in discogenic dorsopathies treatment. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):262-270. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166568>
4. Способ лечения межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника, № 104417. Чухраев М.В.; Чухраев О.М.; Самосюк Н.И.; Левковская В.И.; Грушко Г.И.; Данилова А.А.; Униченко А.В. Опубл. 25.01.2016, бюл., № 2 / 201.
5. Chuhraev N.V. Psychophysiological correction of anxious depressive disorders in patients with dorsopathy / N.V. Chuhraev, A.A. Vladimirov, V.I. Levkovskaya, W. Zukov / Journal of Education, Health and Sport. 2015. Vol. 5. № 6. P. 273-280.

Хоміцький М.Є.

*кандидат медичних наук, доцент,
Запорізький державний медичний університет*

КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗИ ТА ЖЕСТУ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ В ПЕРІОД РЕМІСІЇ (КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ)

Не зважаючи на високу актуальність проблеми диференційної діагностики шизоафективного розладу та шизофренії, дослідницький інтерес до пошуку стійких нозоспецифічних клінічних маркерів ендогенних психозів залишається невисоким, і відноситься більше до підтвердженні наявності негативної симптоматики та нейрокогнітивних ознак шизофренії та специфічних нейрокогнітивних розладів при афективних психозах. Клінічні аспекти ремісії шизоафективного розладу (ШАР) залишаються найменш дослідженими та потребують вивчення з метою чіткого відокремлення від епізодичної параноїдної шизофренії. Наявні складнощі диференційної діагностики між цими двома захворюваннями обумовлені певною клінічною схожістю в період загострення та

обумовленою істинним та терапевтичним патоморфозом нерізкою вираженістю класичної негативної симптоматики при епізодичній шизофренії.

Перспективним напрямком досліджень є вивчення невербальної поведінки при соціальній взаємодії пацієнтів з метою кількісної об'єктивізації психічного стану, та визначення нозоспецифічних етологічних маркерів як ознак специфічних патоперсоналогічних трансформацій при ШАР. Саме ці особистісні зміни є основним фактором порушення соціального функціонування в ремісії, розвитку сімейної та трудової дезадаптації. Кількісна оцінка соціальної поведінки усіх рівнів при ендogenous психозах з епізодичним перебігом за допомогою методик, що базуються на клініко-етологічному підході, дозволить проводити диференційну діагностику з квантифікацією характеристик психічного стану.

Мета дослідження. Визначення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на ШАР та параноїдну шизофренію з епізодичним перебігом, та їх місце у структурі стійких патоперсоналогічних трансформацій.

Контингенти та методи. На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 183 пацієнти, серед яких 81 особа із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 1) та 102 пацієнти з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма, епізодичний тип перебігу» (група 2). Діагностика вищезазначених захворювань здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Група 1 мала такі характеристики. Середній вік дорівнював $41,8 \pm 8,9$ років. Розподілення за статтю склало: 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у виборці була від 3-х до 35 років, середній показник – $15,5 \pm 6,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці – $26,3 \pm 7,4$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 28-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому в групі 1 цей показник склав $11,4 \pm 5,9$ рази. Група 2 мала такі характеристики. Середній вік дорівнював $37,0 \pm 8,6$ років. Розподілення за статтю склало: 55 жінок та 47 чоловіків. Тривалість захворювання склала від 2-х до 38 років, середній показник – $12,1 \pm 7,8$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці – $24,9 \pm 7,9$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 25-ти епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому в групі 2 цей показник склав $6,2 \pm 3,3$ рази. Обов'язковими критеріями включення до вибірки виступали: 1) наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики; 2) відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

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

Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, складеного V.P. Samokhvalov та O.E. Samokhvalova (2011).

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

Результати та їх обговорення. Згідно результатів дослідження невербальної поведінки у контингентів виявлено такі особливості. Позичіями тіла в сидячому положенні, що асоціюються з групою 2 є Р.2.1 – Статичне з випрямленим спиною ($\chi^2=7.213$; $p<0,01$) та Р.2.3 – Поза вдумливості ($\chi^2=4.449$; $p<0,05$).

При вивченні інших невербальних елементів пози було виявлено ознаки, які частіше фіксувались в групі 1. До них відносяться: Р.4.2 – Агресивний випад головою ($\chi^2=5.131$; $p<0,05$), Р.8.11 – Обидві руки розміщені на стегні ($\chi^2=6.954$; $p<0,015$) та Р.9.11 – Притупування ступнею ($\chi^2=4.639$; $p<0,05$). Елемент Р.8.4 (Одна рука розміщена на тулубу) корелює з групою 2 ($\chi^2=5.043$; $p<0,05$).

При проведенні аналізу показників, що відносяться до жесту вільною рукою, було виявлено невербальні елементи, які корелюють з групою 1. До них відносяться: G.2 – Жест-указання ($\chi^2=5.806$; $p<0,05$), G.5 – Жест з фіксацією на шії ($\chi^2=4.051$; $p<0,05$), G.9 – Жест потирання рук ($\chi^2=4.359$; $p<0,05$), G.15 – Жест аутогрумінгу: шия ($\chi^2=4.051$; $p<0,05$). В групі 2 наявні кореляції з елементом G.25 – Гра пальцями ($\chi^2=4.449$; $p<0,05$).

Отримані в процесі дослідження в цілому корелюють з результатами досліджень, що проводились в Україні і в світі [8], та підтверджують наявність і деталізують статистично достовірні відмінності невербальних характеристик соціально-комунікативної поведінки пацієнтів з ШАР та шизофренією. Застосування виявлених поведінкових маркерів підвищує точність диференційної діагностики в середині групи ендогенних психозів з епізодичним перебігом.

Висновки. Також пацієнти з ШАР частіше ніж особи, що страждають на шизофренію, демонструють невербальні елементи, які є ознакою емоційного напруження, агресії та тривоги. До них відносяться: Р.2.1 –Статичне положення з випрямленим спиною ($\chi^2=7.213$; $p<0,01$), Р.4.2 – Агресивний випад головою ($\chi^2=5.131$; $p<0,05$), Р.9.11 – Притупування ступнею ($\chi^2=4.639$; $p<0,05$), G.5 – Жест з фіксацією на шії ($p<0,05$), G.9 – Жест потирання рук ($p<0,05$), G.15 – Жест аутогрумінгу: шия ($p<0,05$).