

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ЗУБАТЮК ОКСАНА ВІКТОРІВНА

УДК: 616.895.1/.4+616.895.8-037-058-084

**ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО
ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНО-ПАРАНОЇДНОЮ
СИМПТОМАТИКОЮ**

14.01.16 – психіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ - 2021

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному університеті охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Пилягіна Галина Яківна**, Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Дзеружинська Наталія Олександрівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра психіатрії та наркології, професор

доктор медичних наук, професор **Коростій Володимир Іванович**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, професор

Захист дисертації відбудеться «28» вересня 2021 р. о 10⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий «27» серпня 2021 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, с.н.с.

О. П. Олійник

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Психотичні розлади (ПР) належать до важких, переважно хронічних психічних захворювань. Найбільшу частку серед них складають ендогенні психотичні захворювання, до яких традиційно відносять шизофренію, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні психози, окрім хронічних маячних та гострих поліморфних психотичних порушень. І в багатьох випадках клінічна картина при різних видах ПР проявляється депресивно-параноїдною симптоматикою (ДПС) (Costa et al., 2020; Dubovsky et al., 2021).

Клінічна та соціальна обтяженість ПР полягає у тому, що вони, насамперед, призводять до значної соціальної дезадаптації пацієнтів з суттєвими порушеннями повсякденного й соціального функціонування (СФ) і, та, як наслідок, в усьому світі вони є важким соціальним та економічним тягарем для самих хворих, їх родичів і суспільства в цілому. Так, в розвинутих країнах світу прямі чи вторинні економічні втрати, що пов'язані із захворюванням на шизофренію оцінюються у мільярди доларів на рік, що свідчить про актуальність наукових досліджень, які сприяють вирішенню даної проблеми (Trautmann et al., 2016).

Соціальна психіатрія визначає СФ важливим чинником впливу, як на рівень життя пацієнтів, так і на соціальні наслідки психічних порушень (Сиропятов, Дзеружинська, 2018). За даними численних досліджень порушення СФ спостерігаються при всіх ПР і суттєво впливають на перебіг захворювання та його прогностичну оцінку (van Os et al., 2010). Значення оцінки порушень СФ підтверджується тим, що соціальний дефіцит у функціонуванні пацієнтів визначається не лише при ПР, але і в групах з високим ризиком розвитку психозів (McHugh et al., 2017). Редукція психотичної симптоматики у таких хворих, завдяки застосуванню фармакотерапії, допомагає короточасному функціональному відновленню, але не стає підґрунтям його сталого збереження (Alvarez-Jimenez et al., 2012). Після перенесеного першого психотичного епізоду лише близько 20% пацієнтів на шизофренію досягають повного одужання, тобто довготривалого стабільного поліпшення, як симптомів, так і функціонування (Jaaskelainen et al., 2013; Morgan et al., 2014). Наявність депресивної симптоматики при першому психотичному епізоді суттєво підвищує ризик виникнення соціальної ізоляції, що значно впливає на рівень соціальної дезадаптації пацієнтів (Gardner et al., 2017). Сучасні дослідження наявно демонструють, що розвиток негативної симптоматики стає важливим фактором росту соціальної дезадаптації при подальшому перебігу захворювання (Marder et al., 2017). В протиріч цьому, саме високий рівень СФ є надійним предиктором одужання при ПР (Bjornestad et al., 2017; Norman et al., 2018). Для його підтримки застосовують різноманітні психореабілітаційні заходи, психоосвіту, котрі стають є однією з важливих складових для профілактики соціальної дезадаптації при ПР (Кожина, Коростій, 2013).

Поняття «соціальні когніції» (СК) є важливим критерієм для оцінки психічного стану хворих на ПР та рівня порушень СФ. СК визначають як «психічні процеси, що лежать в основі соціальних взаємодій, включаючи сприйняття, інтерпретацію та генерування реакцій на наміри, схильність та поведінку інших» (Green, Penn, 2008) мають важливе значення у розумінні характеру соціальних порушень при різних

видах ПР. В науковій інформації з'являється все більше доказів, що порушення СК мають значний взаємовплив у континуумі зростаючого ступеня тяжкості від афективних розладів до ШаР та шизофренії (Ruocco et al., 2014).

Не дивлячись на те, що наукові дослідження з питань формування порушень СФ та їх відновлення у хворих з різними видами ПР є вочевидь актуальними в сучасній психіатрії, тим не менш, в дослідженнях останніх років також недостатньо висвітлені питання вивчення динаміки рівня СФ та СК при різних видах ПР. Важливість та актуальність цих питань обумовлена тим, що порушення СФ та зниження рівня СК істотно взаємопов'язані з характером психічних порушень при ПР, а саме при наявності ДПС в їх клінічній картині (Joseph Fortuny et al., 2020; Navarra-Ventura et al., 2021). Але дослідження з цих питань також недостатньо представлені в сучасній науковій інформації. А саме це суттєво впливає на характер та обсяг лікувально-реабілітаційних заходів щодо пацієнтів з різними видами ПР – формування індивідуального підходу в відновленні і збереженні в них достатнього якісного рівня СФ.

Все вище наведене стало підґрунтям для проведення дослідження рівня та динаміки СФ у хворих у континуумі різних нозологічних видів ПР, в клінічній картині яких виявляється ДПС, задля оптимізації існуючих алгоритмів лікування, реабілітації та профілактики таких пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота була виконана в рамках НДР кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П. Л. Шупика: «Оптимізація діагностики соціальної дезадаптації у хворих з хронічними психічними захворюваннями» (№ державної реєстрації 0119U100093, термін виконання 2019-2022 роки).

Мета дослідження – оптимізувати комплекс лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів для хворих, що страждають на ПР (параноїдна форма шизофренії (ПШф), ШаР та рекурентний депресивний розлад з психотичними проявами (РДРПП)) з ДПС на основі вивчення її клініко-психопатологічних особливостей і характеристик СК, визначення їх впливу на рівень і динаміку СФ та розробки диференційованого способу прогностичної оцінки його рівня у даному контингенті пацієнтів.

Для вирішення поставленої мети було визначено такі **задачі**:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП та їх вплив на рівень та динаміку СФ.
2. Визначити особливості СК пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП, їх зв'язок з психопатологічною симптоматикою та вплив на рівень та динаміку СФ.
3. Визначити предиктори порушень СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.
4. Розробити диференційовану схему прогностичної оцінки порушень СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.
5. Оптимізувати комплекс терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів з його спрямуванням на відновлення та/або збереження якісного рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на етапі їх амбулаторного лікування.

Об'єкт дослідження – СФ хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

Предмет дослідження – характер порушень та динаміка рівня СФ під впливом клініко-психопатологічних особливостей ДПС та рівня СК при ПШф, ШаР та РДРПП.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДПС та рівня СК при різних видах ПР (при ПШф, ШаР та РДРПП) та їх впливу на рівень і характер порушень СФ у таких пацієнтів було розроблено і науково обгрунтовано диференційовану схему прогностичної оцінки рівня СФ на етапі становлення ремісії у хворих з ПШф, ШаР та РДРПП задля оптимізації терапевтичних та реабілітаційно-профілактичних підходів у комплексній системі психосоціальної реадaptaції даної категорії хворих. Вперше, завдяки отриманим даним, були виділені позитивні та негативні прогностичні фактори рівня та динаміки СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на етапі становлення ремісії та подальшому амбулаторному лікуванні. Для пацієнтів з ПШф такими позитивними факторами визначено вираженість депресивної симптоматики та високий рівень СК, негативними – порушення уваги, сплюснення афекту, соціальну відгородженість та труднощі у спілкуванні. При ШаР встановлено такі позитивні прогностичні фактори, як вираженість тривоги та високий рівень СК, та негативні – загальна важкість симптоматики та симптоми сплюснення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та манірності і негативістичності. Для пацієнтів з РДРПП позитивними факторами було визначено симптоми збудження, ворожості та іпохондричності та високий рівень СК, а негативними – симптоматика дезорганізації та розладів мислення та симптом почуття провини. Таким чином, важливим науковим результатом дослідження став доказовий висновок про те, що високий рівень СК є важливим позитивним прогностичним фактором щодо збереження і відновлення порушень СФ у хворих з різними видами ПР.

Дисертаційне дослідження вперше дозволило науково обгрунтувати диференційований комплекс психореабілітаційних і профілактичних заходів на етапі амбулаторного лікування у пацієнтів з ДПС при досліджуваних видах ПР з урахуванням психофармакотерапевтичного лікування, відповідного психічному стану хворих, задля підтримки в них якісного рівня СФ. При ПШф такими заходами визначено: тренінги нейрокогнітивних функцій, соціальних навичок та тренінги СК для корекції негативних симптомів, знижених чи порушених нейрокогнітивних функцій та СК. При ШаР такими втручаннями встановлено тренінги соціальних навичок та СК для зменшення вираженості негативних симптомів та покращення рівня СК, а також корекція психофармакотерапії (за необхідності) для зменшення проявів негативістичності та манірності. Для пацієнтів з РДРПП доцільними визначено проведення комплексних заходів щодо корекції психофармакотерапії (з призначенням атипичних антипсихотичних препаратів) задля редукції симптомів дезорганізації та розладів мислення, застосування психотерапевтичної корекції щодо симптомів почуття провини та тренінги СК для покращення їх рівня.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання

медичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів пацієнтам з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

Отримані дані дозволили впровадити комплексний диференційований підхід у лікуванні та психореабілітації хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП, а також вдосконалити заходи психопрофілактики у пацієнтів, що страждають на зазначені розлади.

Завдяки проведеному дослідженню, вперше розроблено та впроваджено у клінічну практику алгоритм визначення груп ризику соціальної дезадаптації для профілактики порушень СФ при ДПС в рамках трьох різних нозологій (ПШф, ШаР та РДРПП), що дозволило визначити й практично втілити комплекс лікувальних та реабілітаційних заходів на етапі амбулаторного лікування з метою профілактики хроніфікації й рецидивування проявів ПР, а також збереження та/або відновлення достатнього рівня СФ у хворих з такими захворюваннями. Також вперше запропоновано, апробовано і впроваджено в клінічну практику модифікований варіант тренінгу СК (SCIT) для пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги та проведенням психокорекційної роботи хворим на ПР, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів з психіатрії на етапах до- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП «Київська міська психоневрологічна лікарня №3», КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ» Виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради».

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету, кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Усі положення, висновки, рекомендації, що містяться у дисертаційній роботі, мають науково високий ступінь обґрунтованості та достовірності. Робота виконана на сучасному науково-методичному рівні із застосуванням принципів доказової медицини. Авторкою особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної сучасної літератури, самостійно обстежено 124 хворих, проведено усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Особисто систематизовано отримані дані, узагальнено результати дослідження. Статистичний аналіз результатів проведений на сучасному рівні, коректно, за допомогою стандартних програм статистичного аналізу. Написано всі розділи роботи, сформульовано висновки, підготовлено до друку 8 наукових праць, впроваджено результати наукових розробок.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у роботі за №1 у списку праць, опублікованих за темою дисертації автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, роботу

підготовлено до друку; у роботі за №3 - автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку; у роботі за №5 - автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідались і обговорювались на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, а також на Національних з'їздах, конгресах, симпозіумах, науково-практичних конференціях державного та міжнародного рівнів: Національному з'їзді нейропсихофармакології (ЕСНР, м. Одеса, 2015); науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 90-річчю кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (зараз, з лютого 2021 р.- Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика) «Психіатрія сьогодення: шляхи розвитку та інтеграції» (м. Київ, 2017); X Національному конгресі «Людина та ліки» (м. Київ, 2017); 25-му Європейському конгресі з психіатрії (ЕРА 2017, м. Флоренція, Італія), 26-му Європейському конгресі з психіатрії (ЕРА 2018, м. Ніцца, Франція).

Публікації. Основні результати дисертаційної роботи викладені у 8 друкованих працях, з них 3 статті у рекомендованих фахових наукових виданнях України, в тому числі 1 – у виданні, що входить до міжнародної наукометричної бази Scopus, 4 – в тезах та збірниках наукових конференцій, в тому числі міжнародних.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 161 сторінці друкованого тексту (з них основного тексту – 110). Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 5 розділів власних досліджень (огляду літератури, обґрунтування матеріалу і методів дослідження, 3 розділів результатів дослідження), аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел та додатків. Дисертацію ілюстровано 14 таблицями та 28 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дизайн дослідження та загальна характеристика матеріалів та методів. Дослідження проводилось у 5 етапів на базі КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві і кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика до лютого 2021 р.) з 2016 по 2020 рр. У дослідженні було обстежено 124 пацієнта з ПШф, ШАР або важкого депресивного епізоду з психотичними симптомами при РДР (РДРПП) (відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10)), що знаходились на стаціонарному лікуванні в КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ» в період з лютого 2016 року по травень 2019 року, в клінічній картині яких домінувала ДПС.

Критеріями виключення з дослідження були: важкі захворювання нервової системи, наявність у пацієнтів залежності від психоактивних речовин, важких

черепно-мозкових травм в анамнезі та хронічних соматичних захворювань у стані декомпенсації, а також високий рівень суїцидального ризику, що виявлялися у пацієнтів при первинному огляді.

Дослідження проводилось за умови інформованої згоди пацієнтів з дотриманням принципів біоетики та деонтології.

Дизайн дослідження передбачав декілька етапів:

Перший етап включав скринінгове дослідження хворих на різні види ПР, що перебували на стаціонарному лікуванні (140 хворих). Зі всіх обстежених хворих було вибрано 124 пацієнти з ПР, а саме – з ПШф, ШаР та РДРПП, в клінічній картині яких домінувала ДПС, і які ввійшли до етапу формування груп дослідження.

На другому етапі всі пацієнти, які увійшли в дослідження, були розділені на три групи за нозологіями, згідно МКХ-10: 1 група – 41 пацієнт з діагнозом ПШф (F 20.0), 2 група – 43 пацієнта, у яких діагностовано депресивний тип ШаР (F 25.1) та 3 група – 40 пацієнтів, що страждають на РДРПП, поточний важкий депресивний епізод з психотичними проявами (F 33.3). Відповідно, групи обстежених хворих отримали назви: ГрF20, ГрF25 та ГрF33.

На третьому етапі було проведено вивчення особливостей психопатологічної симптоматики та СК, а також рівня СФ в кожній з досліджуваних груп (ГрF20, ГрF25 та ГрF33) за допомогою: шкали оцінки продуктивної та негативної симптоматики PANSS (Kay, 1987) та її п'ятифакторного варіанту (5F PANSS) (Lindenmayer, 1994), тесту Дж. Мейера, П. Селовея та Д. Карузо «Емоційний інтелект» (MSCEIT v. 2.0) у адаптованому варіанті О.О. Сергієнко, І.І. Ветрової (2010) і шкали особистісного та соціального функціонування (PSP, Morosini et al, 2000). Пацієнти досліджувались під час стаціонарного лікування на етапі становлення ремісії. Проаналізовано і визначено фактори, що впливають на рівень СФ у хворих з різними видами ПР (ГрF20, ГрF25 та ГрF33).

Четвертий етап включав проведення катамнестичного дослідження рівня СФ у хворих ГрF20, ГрF25 та ГрF33 за допомогою шкали PSP через рік, яке дозволило встановити фактори, що впливають на рівень СФ у динаміці.

Основним завданням п'ятого етапу була розробка схеми диференційованого комплексу терапевтичних, реабілітаційних і профілактичних заходів щодо підтримки якісного рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на етапі амбулаторного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. За віком та статтю групи ГрF20 та ГрF25 статистично не відрізнялися, на відміну від ГрF33, що обумовлено специфікою нозології – вона формується пізніше за віком, ніж ПШф чи ШаР. У всіх трьох групах було зафіксовано достовірне превалювання жінок, що обумовлено переважанням ДПС при ПР у пацієток жіночої статі ($p^{1-2}<0,05$, $p^{1-3}<0,05$, $p^{2-3}<0,05$). Середній вік пацієнтів у ГрF20 становив $36,41\pm 4,4$ роки, у ГрF25 – $36,23\pm 3,9$ роки, у ГрF33 – $44,64\pm 8,2$ роки. За тривалістю захворювання в ГрF33 увійшли пацієнти достовірно старшого віку у порівнянні з ГрF20 та ГрF25 ($p^{1-3}<0,05$, $p^{2-3}<0,05$), що обумовлено маніфестуванням РДРПП зазвичай у більш зрілому віці.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДПС при означених видах ПР дозволило встановити наступне. Згідно психометричного дослідження за

допомогою шкали PANSS та 5F-PANSS було виявлено, що у ГрF20 та ГрF25 мав місце найвищий рівень продуктивної симптоматики ($26,0 \pm 3,5$ та $26,0 \pm 6,4$ відповідно), в ГрF33 – депресивної симптоматики ($19,1 \pm 2,1$). Також було встановлено, що в ГрF20 достовірно вище, ніж в групах ГрF25 та ГрF33, був рівень негативної симптоматики ($p^{1-3} < 0,001$, $p^{1-2} < 0,001$) та нижче – депресивних симптомів ($p^{1-3} < 0,05$, $p^{1-2} < 0,05$). За даними шкали PANSS ГрF33 відрізнялась від ГрF20 та ГрF25 достовірно нижчими показниками продуктивної симптоматики ($p^{1-3} < 0,001$, $p^{2-3} < 0,001$) та вираженості симптомів дезорганізації мислення ($p^{1-3} < 0,001$, $p^{2-3} < 0,001$), а також від ГрF25 суттєво нижчим рівнем збудження ($p^{2-3} < 0,05$). Рівень важкості симптоматики в ГрF25 був проміжним по відношенню до двох інших груп: вираженість продуктивної симптоматики, симптомів дезорганізації мислення та збудження відповідали рівню, виявленому у ГрF20, а депресивної симптоматики – такому, який був зафіксований в ГрF33. Отримані результати порівняльного оцінювання психопатологічної симптоматики у трьох групах обстежених хворих за окремими симптомами шкали PANSS було підтверджено методом однофакторного дисперсійного аналізу.

Для дослідження структури ДПС у трьох обстежених групах було проведено порівняльний аналіз вираженості окремих симптомів. Дані представлені на рис. 1.

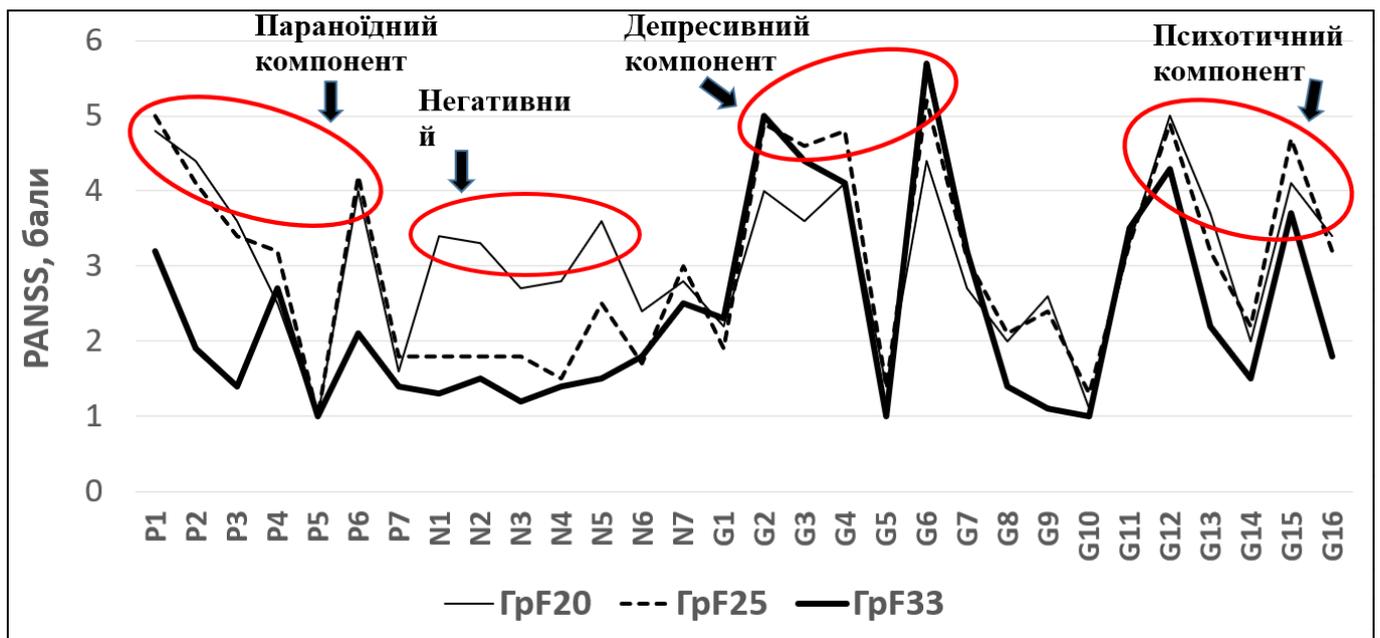


Рис. 1. Особливості структури ДПС в трьох досліджуваних групах.

На основі проведеного аналізу було виділено декілька компонентів симптоматики, що були чітко вираженими в усіх групах або в деяких з них. Першим було встановлено параноїдний компонент, що формувався поєднанням симптомів маячення, розладів мислення та підозрливості. Цей компонент був виявлений у ГрF20 та ГрF25, в яких вираженість вищезазначених симптомів була достовірно вищою за ГрF33 ($p^{1-3} = 0,001$, $p^{2-3} = 0,0001$; $p^{1-3} = 0,0001$, $p^{2-3} = 0,0001$ та $p^{1-3} = 0,0001$, $p^{2-3} = 0,0001$ відповідно).

Другий – негативний компонент симптоматики утворювався, завдяки поєднанню таких симптомів, як притуплення афекту, емоційна відгородженість та

порушення абстрактного мислення. У ГрF20 було зафіксовано достовірно вищі показники вираженості даних симптомів у порівнянні з ГрF25 та ГрF33 ($p^{1-2}=0,0001$, $p^{1-3}=0,0001$; $p^{1-2}=0,0001$, $p^{1-3}=0,001$ та $p^{1-2}=0,0001$, $p^{1-3}=0,0001$ відповідно).

Депресивний компонент симптоматики включав такі симптоми, як тривога, почуття провини, напруженість та депресія. В повному варіанті він виявлявся у ГрF25 та ГрF33 та в редукованому у ГрF20, оскільки дані симптоми в цій групі мали чіткий «пік» (див. рис.1), але два з них, тривога та депресія, були достовірно нижчими, ніж в інших двох групах ($p^{1-2}=0,008$, $p^{1-3}=0,003$ та $p^{1-2}=0,023$, $p^{1-3}=0,002$ відповідно). Між досліджуваними групами не було виявлено достовірної різниці за симптомами почуття провини та напруженості ($p^{1-2}=0,070$, $p^{1-3}=0,123$, $p^{2-3}=0,711$ та $p^{1-2}=0,062$, $p^{1-3}=0,921$, $p^{2-3}=0,151$ відповідно).

Останній – психотичний компонент об'єднував два загальних психопатологічні симптоми: зниження критики до свого стану та завантаженість психічними переживаннями. Таке об'єднання в один компонент було зроблено тому, що в клінічній практиці саме ці симптоми характеризують глибину ПР. У ході дослідження було визначено, що достовірної різниці між досліджуваними групами за вираженістю цих симптомів виявлено не було ($p^{1-2}=0,875$, $p^{1-3}=0,054$, $p^{2-3}=0,078$ і $p^{1-2}=0,090$, $p^{1-3}=0,241$, $p^{2-3}=0,018$ відповідно).

Тобто результати проведеного дослідження виявили суттєву патогенетичну різницю формування ДПС в даних нозологічних групах. А саме, психотичний компонент за рівнем вираженості симптомів був схожим у всіх групах порівняння. Але депресивні симптоми в меншій мірі представлені в ГрF20 по відношенню до ГрF25, в котрій домінує компонент, що представляє негативну симптоматику – і в протиставленні з ГрF33, де цей компонент є найнижчим за рівнем вираженості, як і параноїдний компонент на відміну від ГрF20 та ГрF25.

Вивчення кореляційних зв'язків в межах субшкали загальної психопатологічної симптоматики шкали PANSS (G-PANSS) у континуумі ПР від ГрF20 до ГрF33 дало змогу зафіксувати збільшення, як кількості, так і сили кореляційних зв'язків між окремими симптомами. Неоднорідність кількості та інтенсивності зв'язків всередині субшкали була найбільш виражена у пацієнтів ГрF33 з виділенням двох клінічно значущих підгруп симптомів: тривога – почуття провини – внутрішня напруга, а також проявів зниження критики – завантаженості психічними переживаннями.

У ГрF25 були виявлені схожі підгрупи симптомів та спостерігалася наявність сильних кореляційних зв'язків з симптомами тривоги та внутрішньої напруги. Лише в цій групі пацієнтів було встановлено сильний кореляційний зв'язок між двома симптомами: тривоги та завантаженості психічними переживаннями.

Ці результати підтвердили, що в психопатологічній симптоматиці у хворих на РДРПП та ШАР домінували депресивний та психотичний компоненти.

За даними вивчення кореляційних зв'язків між окремими психопатологічними симптомами, які були отримані при психометричному дослідженні в ГрF20 спостерігався «редукований» варіант депресивного компоненту симптоматики за рахунок зменшення впливу (слабкий кореляційний зв'язок) таких симптомів, як тривога та депресія.

При вивченні особливостей СК у пацієнтів з ДПС при різних видах ПР було встановлено достовірно значиму різницю даних показників у всіх трьох групах ($p < 0,05$). За даними застосування шкали MSCEIT було виявлено, що показник секції А, котрий вимірює ідентифікацію емоцій обличчя людини, в ГрF20 був достовірно нижчим у порівнянні з ГрF25 ($p^{1-2} < 0,05$), але не було виявлено статистичної різниці у порівнянні з ГрF33 ($p^{1-3} = 0,187$). Важливим результатом дослідження стало те, що показник даної секції у ГрF25 та ГрF33 був найвищим серед усіх інших показників.

Аналіз порівняння у трьох групах показників секції Е, котра визначає рівень розпізнавання емоцій в навколишній обстановці, не виявив в них достовірної різниці ($p^{1-2} > 0,05$, $p^{1-3} > 0,05$, $p^{2-3} > 0,05$). Встановлено, що показник даної секції у ГрF20 був найвищим серед усіх інших показників за шкалою MSCEIT. Тобто в ГрF20 виявлено «розщеплення» здібностей до розпізнавання емоцій з більш високим рівнем розуміння «абстрактних» (несоціальних) емоцій, що спостерігаються в неживих об'єктах, у порівнянні з емоціями людей.

При порівнянні показників секції D, яка вимірює здатність до управління власними емоціями, у трьох групах не було виявлено достовірної різниці показників. Найвищим цей показник був у ГрF20, хоча й було зафіксовано його зниження у бік «афективного полюсу», тоді як його найнижчий рівень був виявленим у ГрF33.

Показник секції Н, що оцінює здатність до свідомого управління емоціями у відносинах з іншими людьми, був достовірно нижчим у ГрF20 та ГрF33 у порівнянні з ГрF25 ($p^{1-2} < 0,05$, $p^{2-3} < 0,05$).

Таким чином, в результаті дослідження особливостей СК у пацієнтів з ДПС при різних видах ПР за допомогою шкали MSCEIT (за показниками ідентифікації, розпізнавання та контролю емоцій) було виявлено, що пацієнти, котрі страждають на ПШф (ГрF20) найгірше ідентифікують емоції обличчя людини, але в достатній мірі розуміють «абстрактні» емоції. Важливим результатом стало те, що хворі на РДРПП (ГрF33) мали найнижчий рівень здатності до управління власними емоціями. У пацієнтів з ШаР СК були на достатньому рівні та відмічались кращі здібності до розпізнавання емоцій у порівнянні з їх регуляцією.

В результаті оцінювання рівня СФ в усіх групах обстежених хворих на двох етапах дослідження було встановлено наступне: у ГрF20 рівень СФ був достовірно нижчим за ГрF25 та ГрF33, як на етапі становлення ремісії ($p^{1-2} < 0,001$, $p^{1-3} < 0,001$), так і на катamnестичному етапі ($p^{1-2} < 0,001$, $p^{1-3} < 0,001$). Достовірної різниці рівня СФ у ГрF25 та ГрF33 не було виявлено на жодному з етапів. Ці дані засвідчили суттєво більші порушення СФ у хворих на ПШф, що потребує тривалого застосування психореабілітаційних заходів таким пацієнтам.

Також досліджувався зв'язок рівня СФ та клініко-психопатологічних особливостей ДПС. Завдяки отриманим даним в ГрF20 було виявлено прямий кореляційний зв'язок з депресивним фактором шкали PANSS обох показників шкали PSP (етап становлення ремісії та катamnестичний) та зворотній кореляційний зв'язок з негативним фактором шкали PANSS показника PSP-2, котрий відображав динаміку рівня СФ на катamnестичному етапі. В ГрF25 виявлено негативний кореляційний зв'язок з негативним фактором та загальним балом шкали PANSS показника PSP-1, який визначав рівень СФ на етапі становлення ремісії. В ГрF33 виявлено негативний

кореляційний зв'язок з фактором дезорганізації шкали PANSS обох показників шкали PSP.

Крім доменів психопатологічної симптоматики наше дослідження дозволило визначити окремі психопатологічні симптоми, що кореляційно пов'язані з рівнем СФ в кожній з груп пацієнтів. Це дозволило виділити прогностичні фактори ризику соціальної дезадаптації на етапах становлення ремісії та катамнестичному. Такими факторами на етапі становлення ремісії визначено: в ГрF20 – сплющення афекту, соціальна відгородженість, порушення уваги, в ГрF25 – сплющення афекту, емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні, в ГрF33 – розлади мислення, почуття провини. Для прогнозу рівня СФ в динаміці такими факторами є: в ГрF20 – сплющення афекту, труднощі у спілкуванні та порушення уваги; в ГрF25 – сплющення афекту, емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні, манірність та негативістичність; в ГрF33 – розлади мислення.

Також при аналізі шкал MSCEIT та PSP методом кореляційного відношення було виявлено у ГрF25 сильний зв'язок рівня СФ на етапі становлення ремісії зі шкалою управління емоціями у соціальній взаємодії ($\eta=0,72$) та помітний зв'язок цієї шкали з рівнем СФ на катамнестичному етапі ($\eta=0,59$), а також помітний зв'язок цього показника зі шкалою управління власними емоціями ($\eta=0,6$) та шкалою ідентифікації емоцій ($\eta=0,53$). В ГрF20 виявлено помірні зв'язки шкали управління емоціями у соціальній взаємодії з рівнем СФ на етапі становлення ремісії ($\eta=0,37$) та катамнестичному етапі ($\eta=0,45$). В ГрF33 виявлено помірні зв'язки шкали управління власними емоціями, як на етапі становлення ремісії ($\eta=0,4$), так і катамнестичному ($\eta=0,48$). Це засвідчило, що рівень СК є значимим прогностичним фактором рівня СФ при всіх ПР з ДПС.

Ці дані дозволили виділити позитивні та негативні прогностичні фактори рівня СФ, які представлені у таблиці 1. За результатами дисертаційного дослідження, завдяки виділенню груп ризику соціальної дезадаптації серед хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на тлі урахування виявлених негативних прогностичних факторів її формування при кожній з нозологій, було розроблено та науково обґрунтовано необхідність і ефективність застосування диференційованого комплексу терапевтичних, реабілітаційних і профілактичних заходів на етапі амбулаторного лікування даного контингенту хворих задля підтримки в них якісно достатнього рівня СФ і попередження його зниження у майбутньому. Фокусом оптимізації було визначено саме психореабілітаційний напрямок заходів, як найважливішої ланки запобігання значній соціальній дезадаптації хворих на різні види ПР. Щодо медикаментозної терапії при ПР, то воно повинно відповідати психічному стану пацієнта та стандартам протоколів лікування – за таким підходом лікувалися пацієнти, що були включені до дослідження.

Прогностичні фактори рівня СФ у трьох досліджуваних групах

		Позитивні прогностичні фактори		Негативні прогностичні фактори	
		Етап становлення ремісії	Катамнестичний етап	Етап становлення ремісії	Катамнестичний етап
ГрF20	PANSS	Вираженість депресивного фактору симптоматики в цілому та окремого симптому тривоги	Вираженість депресивного фактору симптоматики в цілому та окремих його симптомів (тривога, напруженість, депресія)	Вираженість симптомів: порушення уваги, сплоснення афекту, соціальної відгородженості	Вираженість симптомів: порушення уваги, сплоснення афекту, труднощів у спілкуванні
	MSCEIT	Достатній рівень СК (управління емоціями)	Достатній рівень СК (ідентифікація емоцій, управління емоціями)	Порушення СК (управління емоціями)	Порушення СК (ідентифікація емоцій, управління емоціями)
ГрF25	PANSS	Вираженість симптому тривоги	Вираженість симптому тривоги	Важкість психопатологічної симптоматики (загальний бал PANSS) та окремих симптомів: сплоснення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні.	Вираженість негативного фактору симптоматики та окремих симптомів: сплоснення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні, манірності та негативістичності
	MSCEIT	Достатній рівень СК (управління емоціями)	Достатній рівень СК (управління емоціями)	Порушення СК (управління емоціями)	Порушення СК (управління емоціями)
ГрF33	PANSS	Вираженість симптомів збудження та іпохондричності	Вираженість симптому ворожості	Вираженість фактору дезорганізації та симптомів розладів мислення та почуття провини	Вираженість фактору дезорганізації та симптому розладів мислення
	MSCEIT	Достатній рівень СК (управління емоціями)	Достатній рівень СК (управління емоціями)	Порушення СК (управління емоціями)	Порушення СК (управління емоціями)

Було визначено, що для пацієнтів з ПШф такими заходами є тренінги соціальних навичок та тренінги, спрямовані на запобігання зниженню нейрокогнітивних функцій і СК, а також корекцію негативних симптомів. Встановлено, що для хворих з ШаР до такої схеми доцільно включати тренінги соціальних навичок та тренінги, метою яких є зменшення вираженості негативних симптомів і покращення рівня СК, а також проводити корекцію психофармакотерапії для зменшення проявів негативістичності і манірності при їх збереженні при подальшому спостереженні хворих. Завдяки проведеному дослідженню було визначено, що для пацієнтів з РДРПП доцільними заходами з попередження погіршення рівня СФ є застосування атипівих антипсихотиків при збереженні симптомів дезорганізації і розладів мислення, психотерапевтичне втручання і тренінги СК для покращення чи збереження їх рівня. Дані схеми представлені на рисунках 2, 3 та 4.



Рис. 2. Схема визначення груп ризику соціальної дезадаптації та заходи щодо її попередження у ГрF20.

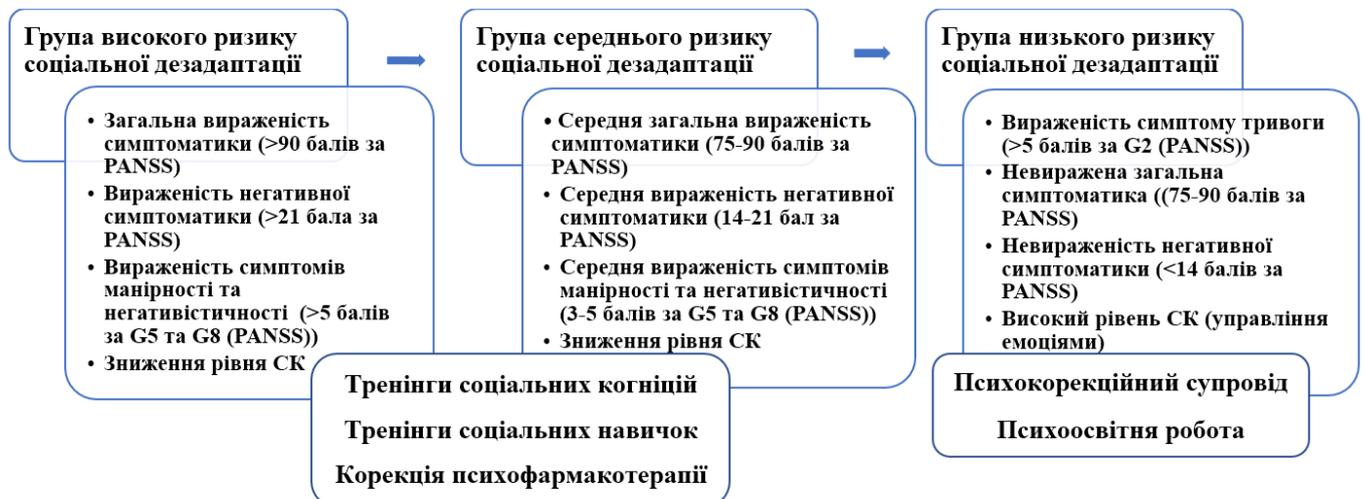


Рис. 3. Схема визначення груп ризику соціальної дезадаптації та заходи щодо її попередження у ГрF25.

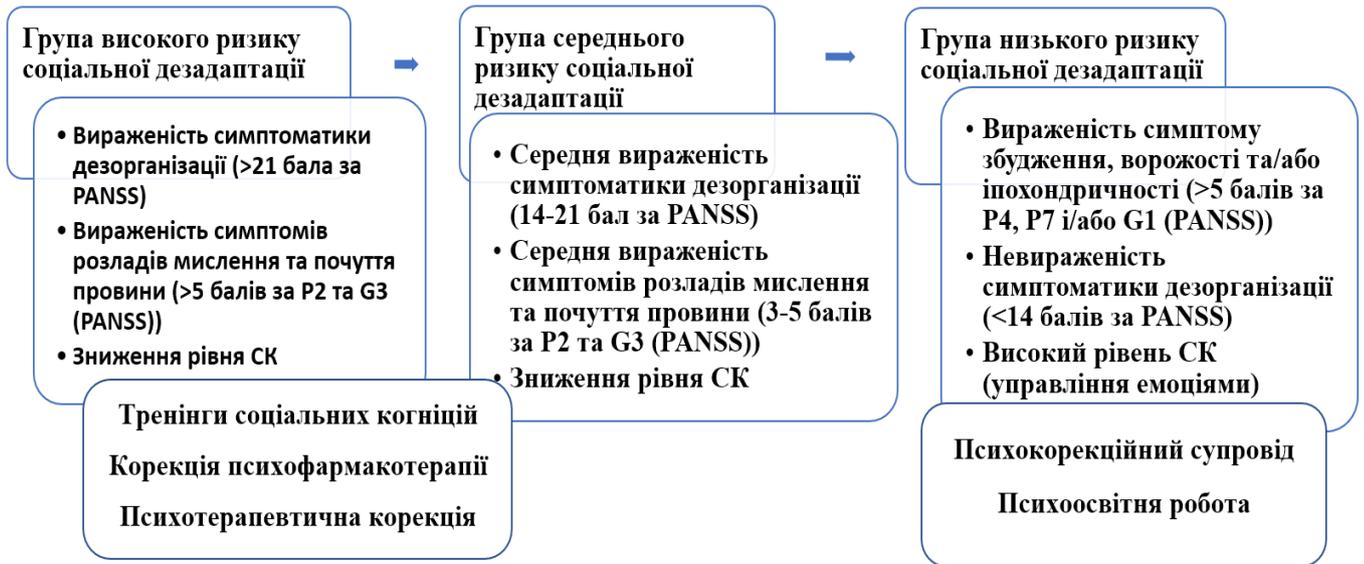


Рис. 4. Схема визначення груп ризику соціальної дезадаптації та заходи щодо її попередження у ГрF33

Для підвищення ефективності психореабілітаційних втручань у хворих на ПШф, ШаР та РДРПП з ДПС на амбулаторному етапі лікування на основі виявлених у дослідженні особливостей СК та їх прогностичних можливостей щодо визначення рівня й динаміки СФ нами було запропоновано удосконалити існуючі тренінгові програми СК, а саме Social Cognition and Interaction Training (SCIT) (Roberts et al., 2015), що було науково обґрунтовано, апробовано і застосовано у клінічній практиці.

При ПШф психореабілітаційні втручання повинні спрямовуватись, насамперед, на подолання дефіциту СК (зниження здатності до розпізнавання емоцій), як кількісного порушення, так і на корекцію якісних порушень у вигляді порушень управління емоціями у соціальному житті. При ШаР фокус роботи повинен зміщуватися зі здатності до розпізнавання емоцій на навички управління емоціями у процесі соціальної взаємодії з оточуючими з акцентом на складних соціальних ситуаціях, розумінні потенційної неточності соціальних суджень та можливості обирати більш адаптивні форми соціальної поведінки. Для пацієнтів з РДРПП основний акцент має робитись на навичках управління власними емоційними станами та розумінні впливу негативних емоцій на хибність соціальних суджень та висновків.

Дані модифікованого тренінгу СК для пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП представлені у таблиці 2.

Модифікований тренінг СК (SCIT) для пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

	ПШф	ШаР	РДРПП
1 фаза	9 сесій № 1 - інформування про структуру та характер тренінгу № 2-3 - психоедуктивна робота № 4 – створення групового альянсу № 5-9 – навички розпізнавання емоцій	7 сесій №1 - інформування про структуру та характер тренінгу № 2-3 - психоедуктивна робота № 4 – створення групового альянсу № 5-7 – навички розпізнавання емоцій	7 сесій №1 - інформування про структуру та характер тренінгу № 2-3 - психоедуктивна робота № 4 – створення групового альянсу № 5-7 – навички розпізнавання емоцій
2 фаза	8 сесій № 10-11 – робота з атрибутивним стилем № 12-13 – навички толерантності до невизначеності № 14-15 – робота з упередженнями та передчасністю соціальних висновків № 16-17 – навички управління емоціями у соціальній взаємодії	10 сесій № 8-9 – робота з атрибутивним стилем № 10-11 – навички толерантності до невизначеності № 12-13 – робота з упередженнями та передчасністю соціальних висновків № 14-17 – навички управління емоціями у соціальній взаємодії	10 сесій № 8-9 – робота з атрибутивним стилем № 10-11 – навички толерантності до невизначеності № 12-13 – робота з упередженнями та передчасністю соціальних висновків № 14-17 – навички управління власними емоційними станами
3 фаза	4 сесії № 18-20 - закріплення навичок № 21 - узагальнення повсякденних проблем	4 сесії № 18-20 - закріплення навичок № 21 - узагальнення повсякденних проблем	4 сесії № 18-20 - закріплення навичок № 21 - узагальнення повсякденних проблем

Як довело проведене дослідження, визначення груп ризику соціальної дезадаптації серед пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР і РДРПП з урахуванням структури психопатологічної симптоматики, особливостей СК та факторів ризику зниження рівня СФ дозволяє адресно спрямувати ресурс психореабілітаційної допомоги та підвищити її ефективність.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування та наведено нове вирішення актуального науково-практичного завдання щодо оптимізації підходів до комплексного лікування і психореабілітації пацієнтів з ДПС

при ПР (ПШф, ШаР і РДРПП) зі спрямованістю цих заходів на відновлення та збереження якісного рівня СФ, а також підвищення ефективності профілактики соціальної дезадаптації серед цих пацієнтів, завдяки вивченню в них клініко-психопатологічних особливостей ДПС і СК та їх впливу на рівень і динаміку СФ, а також розробці диференційованої прогностичної оцінки рівня СФ для цього контингенту хворих.

2. В ході дисертаційного дослідження було вивчено клініко-психопатологічні особливості ДПС у хворих на ПШф, ШаР та РДРПП. Згідно отриманих результатів психометричного тестування за шкалами PANSS та 5F-PANSS в досліджуваних групах було встановлено, що рівень загальної вираженості психопатологічної симптоматики був найвищим серед хворих в ГрF20 і достовірно вищим в ГрF20 і ГрF25 у порівнянні з ГрF33 ($p^{1-3}=0,0001$, $p^{2-3}=0,001$).

2.1. Аналіз структури ДПС в групах пацієнтів з даними видами ПР виявив групи психопатологічних симптомів, вираженість яких достовірно й негативно впливала на рівень СФ. Ці симптоматичні групи були об'єднані в чотири компоненти: параноїдний (симптоми маячення, розлади мислення та підозрілість), негативний (симптоми притуплення афекту, емоційної відгородженості і порушень абстрактного мислення), депресивний (симптоми тривоги, почуття провини, напруженості та депресії) та психотичний (прояви зниження критики до свого стану і завантаженість психічними переживаннями). Вираженість симптомів параноїдного компоненту була достовірно вищою у ГрF20 та ГрF25 у порівнянні з ГрF33 (p^{1-3} , $p^{2-3}<0,001$). Симптоми негативного компоненту суттєво переважали у ГрF20 у порівнянні з ГрF25 та ГрF33 (p^{1-2} , $p^{1-3}<0,001$). Депресивний компонент був виявлений у всіх трьох групах, але у ГрF20 він мав редукований варіант, складаючись з двох симптомів (тривога та депресія) маючи достовірно нижчий показник за інші дві групи (p^{1-2} , p^{1-3} та $p^{2-3}<0,05$ для обох симптомів). Психотичний компонент фіксувався без переважань в усіх трьох досліджуваних групах (p^{1-2} , p^{1-3} , $p^{2-3}>0,05$).

2.2. Було проведене вивчення кореляційних зв'язків щодо психопатологічної симптоматики, згідно стандартних субшкал шкали PANSS за методом кореляційного аналізу Пірсона. Згідно показників субшкал позитивної та негативної симптоматики (P-PANSS, N-PANSS) в ГрF20 та ГрF25 було виявлено сильний кореляційний зв'язок з більшістю симптомів. Тоді як в ГрF33 загальний показник субшкали P-PANSS мав сильний кореляційний зв'язок з симптомами маячення, дезорганізації мислення та підозрілості, а за субшкалою N-PANSS лише із симптомом зниження емоційної залученості. Вивчення кореляційних зв'язків в межах субшкали загальної психопатологічної симптоматики (G-PANSS) довело неоднорідність кількості та інтенсивності зв'язків у пацієнтів ГрF33 та ГрF25 з виділенням двох клінічно значущих підгруп симптомів: тривога – почуття провини – внутрішня напруга, а також проявів зниження критики – завантаженості психічними переживаннями. Тоді як в ГрF20 «редукований» варіант депресивного компоненту симптоматики мав слабкий кореляційний зв'язок з симптомами тривоги та депресії.

3. Аналіз рівня СК за шкалою MSCEIT в усіх групах обстежених хворих виявив достовірно нижчі показники здатності до ідентифікації емоцій обличчя в ГрF20 у порівнянні з ГрF25 ($p^{1-2}<0,001$), тоді як по відношенню до ГрF33 значної

різниці встановлено не було ($p^{1-3}, p^{2-3} > 0,05$). Порівняння показників, котрі оцінювали рівень управління власними емоціями в групах не виявило достовірної різниці. За показником здатності до свідомого управління емоціями у процесі соціальної взаємодії, у ГрF20 та ГрF33 у порівнянні з ГрF25 зафіксовано достовірно нижчий рівень ($p^{1-2}, p^{2-3} < 0,05$). Таким чином, дослідження довело, що у хворих на ПШф спостерігалось «розщеплення» СК: порушення здібності до розпізнавання емоцій людей з більш високим рівнем розуміння «абстрактних» емоцій, притаманних неживим об'єктам, та зниження здатності до управління емоціями при соціальній взаємодії при збереженні здатності до процесу управління власними емоціями. Було встановлено, що у хворих з ШаР СК залишаються збереженими на достатньому рівні стосовно розпізнавання емоцій у порівнянні з незначними порушеннями їх регуляції. Тоді як у пацієнтів з РДРПП на фоні збереження здатності до визначення емоцій спостерігалось значне зниження здатності до управління емоціями при соціальній взаємодії.

4. Вивчення рівня СФ за шкалою PSP на етапі становлення ремісії та у динаміці при проведенні катамнестичного дослідження через рік в усіх групах виявило, що цей показник у ГрF20 був достовірно нижчим у порівнянні з ГрF25 та ГрF33 на обох етапах вивчення у динаміці ($p^{1-2}, p^{1-3} < 0,001$), довівши, що хворі на ПШф мають найвищий ризик формування важкої соціальної дезадаптації з суттєвим порушенням СФ серед досліджуваних нозологій.

4.1 Для кожного з варіантів досліджуваних ПР було визначено домени психопатологічної симптоматики та окремі симптоми, що впливають на рівень СФ та мають прогностичне значення в його динаміці: в ГрF20 – сплющення афекту, соціальна відгородженість, труднощі у спілкуванні, порушення уваги; в ГрF25 – сплющення афекту, емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні, манірність та негативістичність; в ГрF33 – розлади мислення, почуття провини. Дослідження довело, що оцінка рівня властивостей СК у хворих є значущим прогностичним фактором визначення рівня СФ при досліджуваних видах ПР з ДПС.

4.2. За результатами дослідження було виділено позитивні та негативні прогностичні фактори щодо рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР і РДРПП на етапі становлення ремісії, так і в динаміці. Для хворих на ПШф позитивним прогностичним фактором були депресивна симптоматика та високий рівень СК, негативними – порушення уваги, сплющення афекту, соціальна відгородженість та труднощі у спілкуванні. Для хворих з ШаР було встановлено такі позитивні прогностичні фактори, як вираженість тривоги та високий рівень СК, до негативних відносилися загальна важкість симптоматики та симптоми сплющення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та манірності і негативістичності. Позитивними факторами збереження рівня СФ для пацієнтів з РДРПП були симптоми збудження, ворожості та іпохондричності та високий рівень СК, а негативними – розлади мислення, симптоматика дезорганізації та почуття провини. Таким чином, було визначено групи ризику соціальної дезадаптації серед пацієнтів (низького, середнього та високого) із зазначеними ПР на етапі становлення ремісії.

5. За результатами дисертаційного дослідження було розроблено та науково обґрунтовано комплекс терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів в умовах амбулаторного лікування щодо підтримки якісно достатнього рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП. Визначено, що для пацієнтів з ПШф до таких заходів, окрім психофармакотерапії, відповідної до стану хворого, мають бути включені тренінги соціальних навичок і тренінги, спрямовані на запобігання зниженню нейрокогнітивних функцій та СК, а також психокорекція негативних симптомів. Для хворих з ШаР до такої схеми доцільно включати тренінги соціальних навичок та тренінги, метою яких є зниження вираженості негативних симптомів і покращення рівня СК, а також проведення корекції психофармакотерапії для зменшення проявів негативістичності та манірності при їх збереженні у хворих на амбулаторному етапі лікування. Для пацієнтів з РДРПП доцільними заходами є застосування комбінованої психофармакотерапії, а саме сполуки антидепресантів та атипичних антипсихотиків при збереженні симптомів дезорганізації і розладів мислення, психотерапевтичне втручання, а також тренінги СК для покращення чи збереження їх рівня.

В межах проведеного дисертаційного дослідження на тлі вивчення особливостей СК і з врахуванням їх прогностичних можливостей щодо визначення рівня й динаміки СФ у пацієнтів на ПШф, ШаР та РДРПП з ДПС та задля підвищення ефективності психореабілітаційних втручань було розроблено, науково обґрунтовано, апробовано та застосовано в клінічній практиці модифікований варіант тренінгової програми СК (SCIT), котра спрямована на покращення чи збереження рівня СК у цьому контингенті хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для поліпшення якості лікування хворих з різними видами ПР, що мають ДПС, потрібно проводити диференційну діагностику наявності та вираженості компонентів ДПС (параноїдного, депресивного, психотичного, негативного), а саме у хворих на ПШф, ШаР та РДРПП.

2. Для визначення груп ризику соціальної дезадаптації серед пацієнтів з ДПС при ПР необхідно враховувати наступні фактори: при ПШф – вираженість негативної симптоматики, зниження нейрокогнітивних функцій та зниження рівня СК, при ШаР – загальна важкість психопатологічної симптоматики, вираженість негативної симптоматики та симптомів манірності і негативістичності та зниження рівня СК і при РДРПП – вираженість симптоматики дезорганізації та симптомів розладів мислення і почуття провини та зниження рівня СК.

3. Комплекс терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів в умовах амбулаторного лікування щодо підтримки якісно достатнього рівня СФ у хворих з ДПС при ПР повинен включати: для пацієнтів з ПШф - тренінги соціальних навичок і тренінги, спрямовані на запобігання зниженню нейрокогнітивних функцій та СК, а також корекцію негативних симптомів; для хворих з ШаР - тренінги соціальних навичок та тренінги, метою яких є зниження вираженості негативних симптомів і покращення рівня СК, а також проводити корекцію психофармакотерапії для зменшення проявів негативістичності та манірності при їх збереженні у подальшому спостереженні хворих; для пацієнтів з РДРПП - застосування атипичних

антипсихотиків при збереженні симптомів дезорганізації і розладів мислення, психотерапевтичне втручання та тренінги СК для покращення чи збереження їх рівня.

4. При проведенні тренінгів СК пацієнтам з ДПС при ПР необхідно при ПШФ продовжити 1 фазу за рахунок збільшення сесій спрямованих на роботу з навичками розпізнавання емоцій (№5-9), при ШаР збільшити кількість сесій з фокусом роботи на навичках управління емоціями у процесі соціальної взаємодії у 2 фазі (№14-17) та при РДРПП продовжити 2 фазу за рахунок збільшення сесій спрямованих на роботу з навичками управління власними емоційними станами та розумінні впливу негативних емоцій на хибність соціальних суджень та висновків (№14-17).

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Пилягіна Г.Я., Зубатюк О.В. Порушення управління емоціями і соціального функціонування при психозах з депресивно-параноїдною симптоматикою // Психосоматична медицина та загальна практика. 2018. № 3. (електронний журнал) *(Автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, роботу підготовлено до друку).*
2. Зубатюк О.В. Порушення соціального функціонування у пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при ендогенних психозах // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2018. № 33. С. 121-128.
3. Зубатюк О.В., Пилягіна Г.Я. Социальное функционирование у пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой и факторы его прогнозирования. //Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021. Т. 12, № 1. С. 40-51. *(Автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку).*

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

4. Zubatiuk O. Changes of the 'multiple intelligence' in patients with depressive-paranoid symptoms of endogenous psychoses //Book of abstractions /ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology. – Odessa, 2015. - P. 59.
5. Зубатюк О.В, Носова Є.С. Порівняльні особливості параметрів емоційного інтелекту у пацієнтів з депресивно-маячним та маніоформно-маячним синдромами в структурі шизоафективного розладу // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО імені П.Л. Шупика «Науково-практична діяльність молодих вчених медиків: досягнення і перспективи розвитку». Київ, 2016. С. 94-96. *(Автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки).*
6. Zubatiuk O. Features of emotional intelligence and its connection with level of social functioning in patients with depressive-paranoid symptoms //European Psychiatry. – 2017. - V.41. - P. 213.
7. Zubatiuk O. Social cognition and their relation to individual domains of psychopathology in psychotic disorders with depressive-paranoid symptoms //European Psychiatry. – 2018. - V.48. - P. 404.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

8. Зубатюк О.В. Удосконалення психореабілітаційних програм для пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при психотичних розладах //Психічне здоров'я. – 2017. - № 4(53). – С.28.

АНОТАЦІЯ

Зубатюк О. В. Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», Київ, 2021.

Проблема порушень СФ при ПР з ДПС є актуальною в сучасній психіатрії. Незважаючи на проведені в останні роки дослідження залишаються недостатньо висвітленими питання вивчення динаміки рівня СФ та СК при різних видах ПР.

У дисертаційній роботі наведено теоретичне опрацювання та практичне вирішення важливої задачі у галузі психіатрії щодо прогностичної оцінки рівня СФ пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР і РДРПП та оптимізації підходів до їх комплексного лікування і психореабілітації завдяки вивченню клініко-психопатологічних особливостей симптоматики та СК та їх впливу на рівень і динаміку СФ.

Дослідження проводилось на базі КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві і кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. У дослідженні за умови отримання інформаційної згоди взяло участь 124 пацієнта з ДПС при ПР, що знаходились на стаціонарному лікуванні та були обстежені на етапі становлення ремісії. Було сформовано три групи за нозологіями, згідно критеріїв МКХ-10: 1 група – 41 пацієнт з діагнозом ПШф (F 20.0), 2 група – 43 пацієнта, у яких діагностовано депресивний тип ШаР (F 25.1) та 3 група – 40 пацієнтів, що страждають на РДРПП, поточний важкий депресивний епізод (F 33.3). При вивченні структури ДПС виділено чотири компоненти: параноїдний, негативний, депресивний та психотичний, та встановлено їх особливості при кожному з досліджуваних ПР. Отримані дані дозволили виділити позитивні та негативні прогностичні фактори рівня та динаміки СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР і РДРПП та розробити диференційовану схему прогностичної оцінки рівня СФ у цих пацієнтів. Також розроблена схема визначення груп ризику соціальної дезадаптації у хворих з ДПС при ПР на етапі становлення ремісії. Було виділено групи низького, середнього та високого ризику та визначено фокус для терапевтичних та реабілітаційних заходів окремо для кожної нозології.

За результатами дисертаційного дослідження розроблено та впроваджено комплекс терапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів в умовах амбулаторного лікування щодо підтримки якісно достатнього рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП. З врахуванням виявлених у дослідженні особливостей СК у пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП розроблено модифікований варіант тренінгової програми СК.

Ключові слова: депресивно-параноїдний синдром, психотичний розлад, соціальні когніції, соціальне функціонування.

АННОТАЦІЯ

Зубатюк О. В. Прогностическая оценка нарушений социального функционирования больных с депрессивно-параноидной симптоматикой. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Национальный университет охраны здоровья Украины имени П. Л. Шупика; Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», Киев, 2021.

Проблема нарушений СФ при ПР с ДПС является актуальной в современной психиатрии. Несмотря на проведенные в последние годы исследования остаются недостаточно освещенными вопросы изучения динамики уровня СФ и СК при разных видах ПР.

В диссертационной работе приведены теоретическое изучение и практическое решение важной задачи в области психиатрии по прогностической оценке уровня СФ пациентов с ДПС при ПШф, ШаР и РДРПП и оптимизации подходов к их комплексному лечению и психореабилитации на основе определения клиничко-психопатологических особенностей симптоматики, СК и их влияния на уровень и динамику СФ.

Исследование проводилось на базе КНП «Клиническая больница «ПСИХИАТРИЯ» в городе Киеве и кафедре психиатрии, психотерапии и медицинской психологии НУОЗ Украины имени П.Л. Шупика. В исследовании при условии получения информированного согласия приняло участие 124 пациента с ДПС при ПР находившихся на стационарном лечении и обследованных на этапе становления ремиссии. Были сформированы три группы по нозологиям, согласно критериев МКБ-10: 1 группа – 41 пациент с диагнозом ПШф (F 20.0), 2 группа – 43 пациента, у которых был диагностирован депрессивный тип ШаР (F 25.1) и 3 группа – 40 пациентов, страдающих РДРПП, текущий тяжелый депрессивный эпизод (F 33.3). При изучении структуры ДПС выделены четыре компонента: параноидный, негативный, депрессивный и психотический, и установлены их особенности при каждом из исследуемых ПР. Полученные данные позволили выделить позитивные и негативные прогностические факторы уровня и динамики СФ у больных с ДПС при ПШф, ШаР и РДРПП и разработать дифференцированную схему прогностической оценки уровня СФ у этих пациентов. Также разработана схема определения групп риска социальной дезадаптации у больных с ДПС при ПР на этапе становления ремиссии. Были выделены группы низкого, среднего и высокого риска и определен фокус для терапевтических и реабилитационных мероприятий отдельно для каждой нозологии.

По результатам диссертационного исследования разработан и внедрен комплекс терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий в условиях амбулаторного лечения по поддержанию качественно достаточного уровня СФ у больных с ДПС при ПШф, ШаР и РДРПП. С учетом выявленных в исследовании

особенностей СК у пациентов с ДПС при ПШф, ШаР и РДРПП разработан модифицированный вариант тренинговой программы СК.

Ключевые слова: депрессивно-параноидный синдром, психотическое расстройство, социальные когниции, социальное функционирование.

ABSTRACT

Zubatiuk O.V. Prognostic assessment of social functioning violations in patients with depressive-paranoid syndrome. - Manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in medical sciences of the specialty 14.01.16 - psychiatry. - Shupyk National Healthcare University of Ukraine; State Institution "Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, 2021.

The problem of SF violations in PD with DPS is relevant in modern psychiatry. Despite the research conducted in recent years, the issues of studying the dynamics of SF and SC level in different types of PD remain insufficiently covered.

The thesis presents a theoretical study and practical solution of an important problem in the field of psychiatry for prognostic assessment of the SF level in patients with DPS in PSch, SaD and MDDPF. The research also provides an optimization of approaches to patients' comprehensive treatment and psycho rehabilitation by studying clinical and psychopathology peculiarities of their symptoms and SC and their effects on the level and dynamics of SF.

The research was conducted on the basis of Municipal Non-profit Enterprise "Clinical Hospital "PSYCHIATRY" in Kyiv and the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Subject to obtaining informed consent, 124 patients with DPS in PD under inpatient treatment examined at the stage of remission took part in the study. Three nosology groups were formed according to the ICD-10 criteria: group 1 - 41 patients diagnosed with PSch (F 20.0), group 2 - 43 patients diagnosed with depressive type SaD (F 25.1) and group 3 - 40 patients who suffer from MDDPF, the current severe depressive episode (F 33.3). When studying the structure of DPS, four components were identified as follows: paranoid, negative, depressive and psychotic; their peculiarities were established in each of the investigated PD. The obtained data allowed distinguishing positive and negative prognostic factors of the level and dynamics of SF in patients with DPS in PSch, SaD and MDDPF, and developing a differentiated scheme of prognostic assessment of SF level in these patients. A scheme for determining the risk groups of social maladaptation in patients with DPS in PD at the stage of remission has also been developed. Low, medium and high risk groups were identified and the focus for therapeutic and rehabilitation measures was determined separately for each nosology.

According to the results of the dissertation research, a set of therapeutic, rehabilitation and preventive measures was developed. This set was implemented under the conditions of outpatient treatment to maintain a qualitatively sufficient level of SF in patients with DPS in PSch, SaD and MDDPF. Taking into account the peculiarities of SC in patients with DPS in PSch, SaD and MDDPF, a modified version of the SC training program was developed.

Key words: depressive-paranoid syndrome, psychotic disorder, social cognition, social functioning.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДПС	– депресивно-параноїдний синдром
ПР	– психотичний розлад
ПШф	– параноїдна форма шизофренії
ШаР	– шизоафективний розлад
РДРПП	– рекурентний депресивний розлад з психотичними проявами
СК	– соціальні когніції
СФ	– соціальне функціонування
PANSS	– шкала оцінки продуктивної та негативної симптоматики
5F PANSS	– п'ятифакторний варіант шкали PANSS
MSCEIT	– тест Дж. Мейера, П. Селовея та Д. Карузо «Емоційний інтелект»
PSP	– шкала особистісного та соціального функціонування
SCIT	– тренінг СК (Social Cognition and Interaction Training)