

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
робота на правах рукопису

БЛАЖЕВИЧ ЮЛІЯ АНАТОЛІЇВНА

УДК 616.095-008.44-036.12-085

ДИСЕРТАЦІЯ

**АФФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ
(СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ТЕРАПІЯ)**

14.01.16 – психіатрія

Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів та текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ (Ю.А. Блажевич)

Науковий керівник:
директор ТМО «ПСИХІАТРІЯ»
в місті Києві, позаштатний науковий
співробітник Українського НДІ ССПН,
доктор медичних наук,
професор Мішиєв В.Д.

Київ - 2018

АНОТАЦІЯ

Блажевич Ю. А. Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія). – кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2018.

Дисертація присвячена вивченню структурно-динамічних особливостей афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ) і оптимізації їх ранньої діагностики і терапії.

Основну групу дослідження склали 147 пацієнтів з афективними розладами в структурі першого психотичного епізоду.

Встановлено, що в структурі афективних розладів у хворих з гострим поліморфним психотичним розладом без симптомів шизофренії в період ППЕ проявлялася експансивна манія (20,6 %) і легкий депресивний епізод ($12,9 \pm 3,3$ бали) переважно сомато-вегетативного характеру (29,4 %).

У хворих з гострим поліморфним психотичним розладом з симптомами шизофренії афективні розлади в період ППЕ проявлялися важким депресивним епізодом ($30,7 \pm 6,6$ бали) з переважанням тривожної (32,4 %) і анестетичної (18,9 %) депресій.

У хворих з гострим шизофреноподібним психотичним розладом структура АР в період ППЕ проявлялася депресивним епізодом середнього ступеню тяжкості ($15,3 \pm 3,8$ бали), дисфоричної (37,5 %) і сенесто-іпохондричної депресії (22,5 %).

У хворих з гострим шизоафективним розладом (змішаний тип) АР в період ППЕ проявлялися гнівливою манією (22,2 %), вираженим депресивним епізодом ($28,1 \pm 5,8$ бали), переважно тужливо-адинамічною депресією (30,6 %).

До патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР ППЕ у хворих з гострим поліморфним психотичним розладом без симптомів шизофренії відносяться: ейфоричний тип внутрішньої картини хвороби (ВКХ) (20,6 %); помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування;

соціально-психологічна дезадаптація з прийняттям себе (26,5 %) і високим рівнем ескапізму (67,6 %).

У хворих з АР ППЕ при гострому поліморфному психотичному розладі з симптомами шизофренії переважають тривожний (27,0 %) і сензитивний (32,4 %) типи ВКХ; низький рівень глобального соціального функціонування ($25,2 \pm 4,3$ бали); соціально-психологічна дезадаптація з вираженою керованістю (62,2 %).

Для пацієнтів з АР ППЕ при гострому шизофреноподібному психотичному розладі характерний анозогнозичний (35,0 %) і паранойяльний (32,5 %) типи ВКХ; помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування ($52,3 \pm 6,1$ бала); соціально-психологічна дезадаптація з вираженим неприйняттям інших (52,5 %).

У хворих з АР ППЕ при гострому шизоафективному розладі (змішаний тип) відзначалися меланхолійний (33,3 %) і апатичний (19,4 %) типи ВКХ; виражений рівень зниження глобального соціального функціонування ($35,2 \pm 4,1$ бали); соціально-психологічна дезадаптація з підвищеним внутрішнім контролем (58,3 %) і низьким рівнем ескапізму (25,0 %).

Проведений системний аналіз афективних розладів у хворих з ППЕ дозволив розробити і впровадити програму терапії, яка передбачає ранню діагностику АР ППЕ; своєчасність лікування; спеціалізованість допомоги (психіатричні клініки і диспансери, центри соціально-психологічної допомоги, служби зайнятості, лікарі-психіатри, психотерапевти, психологи, соціальні працівники та працівники служб зайнятості); наступництво між установами та фахівцями, які беруть участь у програмі терапії; етапність (етап діагностики (I етап), терапія на етапі психозу (II етап) і на етапі ремісії (III етап)).

У пацієнтів, які пройшли курс терапії за новою програмою, на відміну від хворих, які отримували стандартне лікування, спостерігалися достовірні відмінності за показниками: стійкої ремісії (77,6 % і 58,7 %); погіршення психічного стану (5,3 % і 11,1 %); суїцидальної поведінки (6,6 % та 15,9 %); високого рівня медикаментозного комплайенсу (73,7 % і 55,6 %); гармонійного типу ВКХ (43,4 % і 23,8 %); соціально-психологічної дезадаптації (22,4 % і 52,4 %); підвищення

соціального статусу (53,9 % і 26,9 %); поліпшення професійного статусу (48,7 % і 30,2 %).

Результати апробації показали явну перевагу розробленої в дисертації системи терапії АР ППЕ, над курсом традиційного лікування.

Ключові слова: афективні розлади, перший психотичний епізод, психотичні розлади, структурно-динамічні особливості, критерії ранньої діагностики, диференційована система терапії.

ANNOTATION

Blagevich Y.A. Affective disorders in patients with the first psychotic episode (structural and dynamic features, therapy). – Manuscript.

Dissertation to quest a scientific degree of Candidate of Medical Sciences on specialty 14.01.16 – Psychiatry. – Ukrainian Scientific Research Institute of Forensic Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv 2017.

The thesis is dedicated to research of the structural and dynamic features of affective disorders (AD) in patients with the first psychotic episode (FPE) and optimization of its early diagnostic and treatment.

The study's main group consisted of 147 patients with AD in the structure of the FPE.

It is established that the structure of AD in patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia in FPE consisted of expansive mania (20.6 %) and light depressive episode ($12,9 \pm 3,3$ points), prevalence of somatic-vegetative depressive symptoms (29 4 %).

In patients with acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia among AD in FPE were marked depressive episode of average severity ($30,7 \pm 6,6$ points) with the prevalence of anxiety (32,4 %) and anesthetic (18,9 %) depression.

In patients with acute schizophreniform psychotic disorder structure of AD in FPE was characterized by a predominance of depressive episodes of moderate severity ($15,3 \pm 3,8$ points), dysphoric (37,5 %) and senesto-hypochondriacal depression (22,5 %).

Among AD in FPE in patients with acute schizoaffective disorder (mixed type) angry mania (22.2 %), depressive episode ($28,1 \pm 5,8$ points) and sad-adynamic depression (30.6 %) were dominated

According to the study results the main differential diagnostic criteria for early diagnostic of AD FPE include: sex, age and general social indicators; premorbid features of emotional response; AD FPE clinical features in prodroma and at the stage of psychosis; clinical criteria and social factors.

The results of approbation showed a clear advantage in the thesis developed system of therapy AR of FPE relatively conventional treatment.

Keywords: *affective disorder, the first psychotic episode, psychotic disorders, structural and dynamic features, criteria for early diagnostic, differential therapy system.*

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Мишиев В.Д., Шейко М.В., Блажевич Ю.А. Переносимость, безопасность и эффективность лечения гибкими дозами арипипразола Арип МТ у пациентов с шизофренией // Архив психиатрии. 2011. Т.17, № 4(67). С. 28–32. *Дисертантом проведено набір матеріалу для дослідження, аналіз та статистична обробка отриманих результатів.*

2. Блажевич Ю.А. Динамика клинической картины при первых приступах первичного психотического эпизода // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 4(22). С 59–64.

3. Мішиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Методологічні підходи щодо виявлення структурно-динамічних особливостей афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом та їх терапія // Український вісник психоневрології.

2015. Т.23, Вип. 3(84). С.89–92. *Дисертант обґрунтував та сформулював мету і завдання дослідження.*

4. Блажевич Ю.А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом // *Архів психіатрії*. 2016. Т.22, № 1 (84). С.87–90.

5. Блажевич Ю.А. Катамнез рецидивів психозів за даними відділень першого психотичного епізоду // *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика*, Вип. 25, 2016 .С.403–409.

6. Блажевич Ю.А. Клініко-психопатологічні особливості перших психотичних розладів на доманіфестному, маніфестному етапах та етапі розгорнутих клінічних проявів // *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика*, Вип. 26. 2016. С. 510–515.

7. Мишиев В.Д., Блажевич Ю.А. Некоторые критерии клинического прогноза приступов первого психотического эпизода с преобладанием симптомов аффективного регистра // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2017. Том 8, №1. С. 57–63. *Дисертантом було запропоновано гіпотезу дослідження, проведено клініко-психопатологічне дослідження, систематизовані та інтерпретовані результати.*

8. Мишиев В.Д., Блажевич Ю.А. Лечение биполярного аффективного расстройства в интерконтинентальном регионе: международное исследование пациентов с биполярным расстройством в реальных жизненных условиях (результаты украинских пациентов) // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2017. 8(2). С. 237-248. *Дисертант приймав участь у формулюванні мети дослідження, самостійно провів статистичну обробку отриманих результатів.*

9. Блажевич Ю.А. Первые психотические эпизоды: клиника, динамика, терапия. // *Архів психіатрії*. 2016. Т.22, № 4 (87). С.29–33.

Праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації

10. Блажевич Ю.А. Ініціальний етап психозу (клініка, динаміка) на прикладі пацієнтів з першим психотичним епізодом // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 2 (85). С. 122–123.

11. Блажевич Ю.А. Частота рецидивов и динамика клинической представленности психозов после первого психотического эпизода по данным катamnестического исследования // Український вісник психоневрології. – 2017. Т.25, вип. 1 (90). С. 116.

12. Блажевич Ю. А. Нозологическая структура психозов по данным центра первого психотического эпизода // Тези доповідей, Міжнародний конгрес «Людина та ліки – Україна» (31-березня 1 квітня 2016 р., м. Київ). Київ. 2016. С. 5

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANNOTATION.....	4
СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	5
ЗМІСТ.....	8
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	11
ВСТУП.....	12
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В СТРУКТУРІ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	21
1.1 Сучасні дані про клініко-психопатологічні особливості та динаміку АР ППЕ при розладах шизофренічного кола	21
1.2 Сучасні дані про патопсихологічні особливості та динаміку АР ППЕ при розладах шизофренічного кола.....	30
1.3 Сучасні дані по терапії АР ППЕ при розладах шизофренічного кола.....	33
РАЗДІЛ 2. МЕТОДИ, ВИКОРИСТАНІ В РОБОТІ ТА ОБ’ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	51
2.1 Дизайн, організація та процедура дослідження.....	51
2.2 Загальна характеристика об’єкта дослідження.....	52
2.3 Клініко-психопатологічний метод	62
2.4 Психометричні методи.....	66
2.4.1 Шкала оцінки продуктивної та негативної симптоматики PANSS	66
2.4.2 Калгарійська шкала депресії при шизофренії.....	70
2.4.3 Шкала продромальних симптомів SOPS	73
2.4.4 Шкала Гамільтона для оцінки депресії HDRS.....	78
2.4.5 Шкала Гамільтона для оцінки тривоги HARS.....	80
2.4.6 Шкала суїцидального ризику.....	82
2.4.7 Шкала глобального функціонування GAF.....	83
2.5 Психодіагностичні методи.....	85
2.5.1 Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ).....	85

2.5.2	Методика діагностики соціально-психологічної адаптації.....	89
2.5.3	Характерологічний опитувальник К. Леонгарда - Г. Шмішека.....	91
2.6.	Методи статистичної оцінки отриманих даних.....	93
РАЗДІЛ 3. ОСНОВНІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ АР ППЕ, ЇХ ДИНАМІКА (НА СТАДІЇ ПСИХОЗУ, В ПРОДРОМІ ТА РЕМІСІЇ) ТА СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНИМ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....		
3.1.	Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ та суїцидальний ризик на стадії психозу у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами	94
3.2.	Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ в продромальній стадії психозу у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами	125
3.3.	Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ на стадії ремісії у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним і шизоафективним психотичними розладами.	141
РОЗДІЛ 4. ОСНОВНІ ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З АР ППЕ ПРИ ГОСТРОМУ ПОЛІМОРФНОМУ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНОМУ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ ПСИХОТИЧНОМУ РОЗЛАДІ		
РОЗДІЛ 5. КРИТЕРІЇ ТА АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АР У ПАЦІЄНТІВ З ППЕ ПРИ ГОСТРОМУ ПОЛІМОРФНОМУ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНОМУ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ.....		
РОЗДІЛ 6. ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ АР ППЕ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНИМ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ.....		
6.1	Програма терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним розладом.....	196
6.2	Апробація програми терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним розладом.....	228

ВИСНОВКИ.....	242
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	247
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	248
ДОДАТОК А СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	290
ДОДАТОК Б ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ППЕ....	292
ДОДАТОК В ШКАЛИ ПСИХОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ.....	294
ДОДАТОК Г ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ.....	304
ДОДАТОК Д АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ	315

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АП – аутоагресивна поведінка

ВКХ – внутрішня картина хвороби

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДР – депресивний розлад

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

МК – медикаментозний комплаєнс

БП ППЕ – безперервний перебіг першого психотичного епізоду

ГППРбСШ – гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії

ГППРзСШ – гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії

ГП – гострий психоз

ГШПР – гострий шизофреноподібний психотичний розлад

ГШРЗТ – гострий шизоафективний розлад, змішаний тип

ПСП – продромальна стадія психозу

ППЕ – перший психотичний епізод

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну

СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну

ЗП ППЕ – змішаний перебіг першого психотичного епізоду

ЧСС – частота серцевих скорочень за 1 хв.

ЦНС – центральна нервова система

ЕЕГ – електроенцефалографія

ЕКГ – електрокардіографія

ЕП ППЕ – епізодичний перебіг першого психотичного епізоду

ВСТУП

Актуальність теми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 27% дорослого населення Європейського Союзу, Ісландії, Норвегії та Швейцарії у віці 18-65 років мали в минулому році хоча б один з психічних розладів [328]. Згідно з прогнозами ВООЗ до 2020 року психічні розлади увійдуть до першої п'ятірки хвороб, які призводять до втрати працездатності.

Вітчизняні автори встановили [230], що 2,3% (1 706 070 осіб) українців мають розлади психіки і поведінки. Первинна захворюваність всього населення країни зросла на 0,06% (дані 2014-2015 рр.). Кількість психотичних розладів в Україні становить 17,8%. Шизофренія, шизотипові та маревні розлади становлять 34,5 % від загальної кількості і саме вони є провідними причинами інвалідності в Україні [135].

Суїцид є лідером серед причин смерті при шизофренії та розладах шизофренічного спектру. Рівень суїцидальних спроб при першому психотичному епізоді – 10-50%. В Україні кількість пацієнтів з психічними і поведінковими розладами, які скоїли суїциди, у структурі всіх випадків суїцидів становить 10,6 [135].

Враховуючи тенденцію до зростання психічної патології серед населення, Всесвітня психіатрична асоціація і Європейська асоціація психіатрів в якості основної стратегії пропонують раннє виявлення цієї патології та своєчасне медичне втручання. Насамперед, це стосується психозів в цілому, і шизофренії зокрема, як найбільш інвалідизуючих психічних захворювань.

Значний науковий інтерес, спрямований на розробку стратегії ранніх терапевтичних втручань при першому психотичному епізоді (ППЕ) шизофренії, визначається високою вірогідністю сприятливого перебігу хвороби.

Згідно визначень вітчизняних авторів, ППЕ – це важкий психотичний розлад, який відрізняється поліморфізмом клінічних проявів, порушенням цілісності і єдності психічних функцій, неадекватною поведінкою і який стає серйозним біологічним і соціальним стресом для хворого і його близьких [122, 121, 118].

Більшість авторів на пострадянському просторі вважає, що ППЕ є однією з ланок динамічного перебігу шизофренії, яка знаменує собою пік психотичної фази хвороби, і розуміють під ППЕ перші три напади (загострення) у хворих на шизофренію і розлади шизофренічного спектру, термін захворювання яких не більше п'яти років від початку психотичного дебюту [7, 13,54, 56,76, 147, 148,195].

За кордоном термін ППЕ, у зв'язку з відсутністю визначення чітких діагностичних критеріїв, еволюціонував від його початкового використання в якості синоніма для першого епізоду шизофренії до досить місткого поняття, яке охоплює широкий спектр різнорідних психотичних захворювань і станів з психотичними симптомами [257, 270,332].

Своєчасне і раціональне використання антипсихотичної терапії у пацієнтів з ППЕ призводить у 96% випадків до клінічної ремісії тривалістю 12 і більше місяців [2, 56, 66, 101, 122, 258, 271, 324].

Але довгострокові дослідження, як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, вказують на те, що у 80% хворих на шизофренію, які перенесли ППЕ, протягом наступних п'яти років формується рецидив ініціального епізоду [153, 172, 173, 186, 208, 262]. Представляється важливим, що з кожним наступним нападом шизофренії збільшується ризик розвитку стійкої психічної симптоматики та формування високої толерантності до антипсихотичної терапії, а також знижується рівень соціального і професійного функціонування пацієнтів [47, 127, 129,154, 160, 168, 190, 219, 334, 339].

Крім того, економічні втрати внаслідок терапії рецидивуючого психозу, є незрівнянно більшими на відміну від терапії хворих на шизофренію зі стабільними ремісіями [35, 110, 174, 224]. Тому на сучасному етапі розвитку психіатричної науки актуальною проблемою є рання діагностика та своєчасна, патогенетично обґрунтована терапія ППЕ шизофренії, яка попереджає рецидиви психозу.

З точки зору вітчизняних та зарубіжних вчених ефективними засобами профілактики рецидивів психозу є рання діагностика продромальних проявів шизофренії та їх лікування, активна взаємодія з лікарями загальної практики з питань діагностики і терапії ППЕ, а також підвищення рівня комплаєнса хворих з

ППЕ, оптимізація їх лікування і ресоціалізації [60, 132, 234, 284, 290, 300, 310, 327].

У зв'язку з цим видається важливим виділення групи ризику ППЕ. Так, встановлено, що серед симптомів продромального періоду ППЕ найбільш часто діагностуються афективні розлади (АР) у формі депресії і тривоги [8, 13, 127, 158, 186, 207, 264, 265, 338, 280]. На їх основі визначено п'ять факторів достовірного виникнення психозу: депресія, дезорганізація/манія, продуктивна і негативна симптоматика, соціальна ізоляція (перші два чинники служать ще і ознаками диференціальної діагностики розладів афективного та шизофренічного кола) [158, 163, 237, 260, 281, 297, 336].

Дані ретроспективних досліджень також свідчать про наявність у 75% пацієнтів депресивної та негативної симптоматики в продромальній фазі шизофренії і за рік до маніфестації психотичної симптоматики ППЕ. За різними літературними джерелами частота депресивної симптоматики у цього контингенту хворих становить 73,0%, афективних розладів взагалі – 54,3%, тривоги і obsесивно-компульсивних розладів – 40%, поєднання тривоги і депресії – 60% [121, 169, 272, 338, 339].

При цьому рання депресія сприяє швидкому емоційному сплюсненню, формуванню суїцидальної поведінки (внаслідок невпевненості в собі, почуття провини на початку психозу), алкоголізації чоловіків і емоційній збудливості у жінок [207, 223, 241, 266, 267, 307, 336, 346, 358]. Крім того, депресії при ППЕ нерідко не діагностуються, маскуючись несприятливим перебігом психозу, низьким соціальним функціонуванням, частими рецидивами і повторними госпіталізаціями [249, 335]. Останні вказують на взаємозалежний характер депресії і шизофренії, що має важливе значення при прийнятті терапевтичних рішень.

Незважаючи на великий обсяг досліджень, які стосуються ППЕ, в доступній літературі ми не знайшли даних про структурно-динамічні особливості АР у пацієнтів з ППЕ згідно фазам його розвитку (продромальний період, психоз, ремісія), а також критерії їх ранньої діагностики.

У свою чергу, результати мета-аналізу рандомізованих клінічних досліджень вказують на перспективність використання антипсихотичних препаратів I та II

поколінь для профілактики рецидивування психотичних епізодів (при меншому значенні психосоціального впливу через його недостатню ефективність) і необхідність подальших досліджень [42, 128, 170, 250, 253].

Досі відсутні відомості про фармакоекономічну ефективність протирецидивної результативності комплексної терапії АР ППЕ (за критеріями: рівень комплаєнсності, частота рецидивів, небажані явища, тривалість ремісії, якість життя тощо). А терапевтичні підходи до лікування таких хворих потребують оптимізації.

Вищевикладене визначило мету цього дослідження – на основі комплексного дослідження пацієнтів з першим психотичним епізодом визначити структурно-динамічні особливості афективних розладів та оптимізувати ранню діагностику і терапію.

Задачі дослідження: Для досягнення зазначеної мети в роботі були поставлені наступні задачі:

1. Вивчити структуру афективних розладів у хворих з ППЕ.
2. Дослідити клінічну динаміку афективних розладів згідно з перебігом ППЕ (в продромі, на стадії психозу та ремісії).
3. Визначити критерії і розробити алгоритм ранньої діагностики афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом.
4. Вивчити патопсихологічні та клініко-соціальні особливості пацієнтів з афективними розладами ППЕ.
5. Дослідити рівень суїцидального ризику у пацієнтів з афективними розладами при ППЕ.
6. Розробити програму терапії афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом і оцінити її результативність.

Об'єкт дослідження – афективні розлади при першому психотичному епізоді.

Предмет дослідження – структурно-динамічні особливості афективних розладів при першому психотичному епізоді, патопсихологічні та клініко-соціальні особливості, суїцидальний ризик пацієнтів з АР при ППЕ.

Для вирішення поставлених завдань у роботі був використаний комплекс клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, катамнестичних і статистичних **методів дослідження**.

I. Клініко-психопатологічний метод з використанням індивідуальної карти обстеження пацієнта з першим психотичним епізодом [100, 131, 228].

II. Психометричні шкали:

- шкала оцінювання позитивної і негативної симптоматики PANSS [306];
- Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS) [Addington D., Addington J., 1993];
- шкала продромальних симптомів SOPS [323];
- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [241];
- шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) [91];
- шкала суїцидального ризику (Лос-анджелеського суїцидологічного центру) [139];
- шкала глобального функціонування (GAF) [130, 233].

III. Психодіагностичні методи:

- особистісний опитувальник Бехтеревського інституту [81];
- методи діагностики соціально-психологічної адаптації [167];
- характерологічний опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека [141].

IV. Методи статистичної обробки отриманих даних [5].

На етапі скринінгу за критеріями включення/виключення було обстежено в форматі реального часу і ретроспективно 147 пацієнтів з АР в структурі ППЕ:

34 пацієнта з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії (F23.0) (ГППРбСШ);

37 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1) (ГППРзСШ);

40 пацієнтів з гострим шизофреноподібним психотичним розладом (F23.2) (ГШПР);

36 хворих на гостре шизоафективне порушення (змішаний тип) (F25.2) (ГШПЗТ).

Наукова новизна дисертації. На основі проведеного комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного, соціально-демографічного, клініко-анамнестичного та катamnестичного обстежень вперше детально вивчені основні клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ при гострому поліморфному, шизофреноподібному і шизоафективному психотичному розладі.

Згідно з проведеними дослідженнями вперше у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичним розладом вивчена клінічна динаміка АР ППЕ в продромі, маніфестації і ремісії гострого психозу.

У проведеному дослідженні вперше вивчено рівень суїцидального ризику хворих з афективними розладами першого психотичного епізоду при гострих психотичних розладах шизофренічного кола.

В ході дослідження отримані сучасні дані щодо патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів (тип ставлення до хвороби, патопсихологічні особливості, особливості їх соціального функціонування і соціальної адаптації) з АР ППЕ при гострому поліморфному, шизофреноподібному і шизоафективному психотичному розладі.

Результати дослідження дозволили детально вивчити критерії ранньої діагностики афективних розладів ППЕ у пацієнтів з гострими психотичними розладами.

Згідно з результатами проведеного дослідження розроблено основні принципи терапії АР ППЕ у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

Вперше на основі клінічних, психосоціальних та економічних (частота рецидивів, тривалість ремісії, рівень комплаєнса хворих і т. д.) оцінок ефективності проведено порівняльний аналіз розробленого в дослідженні і традиційного підходу до терапії АР у пацієнтів з ППЕ.

Практичне значення дисертації. За результатами проведеного дослідження виділено критерії та розроблено алгоритм ранньої діагностики АР в період маніфестації ППЕ у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним і

шизоафективним психотичними розладами.

В ході дослідження виділено основні патопсихологічні та клініко-соціальні чинники формування АР ППЕ у хворих з гострими психотичними розладами шизофренічного кола.

На підставі отриманих даних розроблена комплексна програма терапії АР ППЕ у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним і шизоафективним психотичними розладами, в якій використовуються фармакотерапевтичні засоби, психотерапія та психосоціальні методи роботи з пацієнтами.

В даній роботі детально проведено порівняльний аналіз та оцінена клінічна, соціально-психологічна і економічна ефективність розробленої комплексної програми терапії АР ППЕ у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами в порівнянні з традиційними терапевтичними підходами до лікування АР у пацієнтів з ППЕ, а саме: поєднання традиційних антипсихотиків з антидепресантами і терапію атипovими антипсихотиками.

Отримані в ході дослідження результати впроваджені в роботу: кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця при підготовці студентів, лікарів-інтернів, магістрів та аспірантів (2015-2017 рр.); кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (січень-вересень 2017 р.); ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві (січень-вересень 2017р.); КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької міської ради (січень-вересень 2017 р.); Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 2 (січень-вересень 2017 р.); КЗОЗ Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 (січень-вересень 2017 р.).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Науково-дослідна дисертаційна робота є частиною широкомасштабного вивчення аспектів психіатрії і спрямована на поліпшення медичної допомоги населенню України та профілактику психічних захворювань.

Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за

темою «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій та осіб, які тимчасово переселені із зони бойових дій та окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (2015-2017 рр, № державної реєстрації – 0115U001445).

Особистий внесок автора. Усі клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, патопсихологічні дослідження, їх статистична обробка та інтерпретація отриманих результатів проведені дисертантом особисто.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження та основні положення роботи висвітлені у доповідях на національному, регіональному і галузевому рівнях, зокрема на конгресах та науково-практичних конференціях: V Науково-практичної міжрегіональної конференції «Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних та психосоматичних розладів» (р. Вінниця, 4 березня 2013); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (р. Харків, 23-24 травня 2013); «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми і рішення» (р. Харків, 24-25 квітня 2014); «Сучасні підходи до діагностики, терапії і реабілітації посттравматичних стресових розладів» (р. Харків, 28-29 травня 2015); Науковому симпозіумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід у наданні неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (р. Одеса, 9-10 жовтня 2014); Науковому симпозіумі з міжнародною участю «Мозок і стрес» (р. Дніпропетровськ, 1-2 жовтня 2015); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоціальна реабілітація в психіатрії» (р. Харків, 19-20 жовтня 2016); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних і наркологічних захворюваннях» (р. Ужгород, 6-7 жовтня 2016); V-му Національному конгресі неврологів, психіатрів і наркологів України з міжнародною участю «неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики» (р. Харків, 16-17 березня 2017).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових робіт, з яких 8 написані дисертантом самостійно. 8 статей включені в перелік видань МОН,

З - в закордонне видання, цитується у міжнародних науково-метричних базах даних Scopus, EBSCO і РИНЦ. Опубліковані тези у збірниках матеріалів науково-практичної державної конференції міжнародного рівня.

Структура і обсяг дисертації. Основний текст дисертації викладено на 320 сторінках машинописного тексту. Робота складається з вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 4 розділи власних досліджень і висновків. Дисертація ілюстрована 57 таблицями і 11 малюнками. Окремо у додатку представлені 6 сканкопій (акти впровадження). Список літератури містить 364 посилання, в тому числі 244 - кирилицею, 120 - латиницею.

Таким чином, представлена дисертація присвячена важливим проблемам вивчення АР ППЕ, а саме:

- вивчення клініко-психопатологічних проявів АР і їх клінічної динаміки в продромі, маніфестації і ремісії психозу;
- розробки критеріїв ранньої діагностики АР ППЕ;
- вивчення патопсихологічних та соціально-психологічних особливостей пацієнтів з АР ППЕ;
- розробки основних принципів і програми терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В СТРУКТУРІ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Сучасні дані про клініко-психопатологічні особливості і динаміку АР ППЕ при розладах шизофренічного кола.

Сучасні дослідження, проведені ВООЗ, констатують високий ризик розвитку шизофренії, який досягає 1,0%. Показник захворюваності на шизофренію відповідає рівню в 3-4 випадки на 1000 осіб. Зростання кількості хворих шизофренічними розладами відповідає зростанню населення планети. Дебют шизофренії найчастіше спостерігається у старшому підлітковому і юнацькому віці, негативно впливаючи на подальше формування особистості, сімейну, професійну і соціальну успішність. У світовій літературі відзначається хронічний характер сучасної шизофренії, перебіг якої має часті загострення, супроводжується наростаючими змінами особистості, поведінки і когнітивної сфери, високим рівнем інвалідизації, що досягає 45%, з яких 65% хворих є людьми працездатного віку. Серед хворих на шизофренію відзначається підвищена смертність, пов'язана з психотичними епізодами і супутньою патологією. Близько 10% хворих на шизофренію вчиняють суїцид [21, 74, 94, 201, 236, 242, 283, 286, 334, 341, 354].

Все частіше в клініці розладів шизофренічного кола проявляється афективна патологія, яка може розвиватись як на доманіфестному і в гострому періоді розвитку хвороби, так і в період хронічного перебігу цих розладів.

Наскільки актуальна ця проблема, можна судити і з того факту, що в сучасних друкованих роботах активно йде обговорення можливості виділення особливої форми шизофренії з афективною структурою нападів монополярного (депресивного), або біполярного типу з коморбідними депресії фобічними і obsесивно-компульсивними розладами. Навіть висуваються пропозиції, щоб у процесі чергового перегляду МКХ включити таку форму шизофренії в діагностичну

рубрику F20.8 («Інший тип шизофренії») або F21 («Шизотиповий розлад») з обов'язковим згадуванням про наявність АР в нападах [30].

Найбільш часто при патології шизофренічного спектру зустрічаються ДР. Так, за результатами сучасних клініко-психопатологічних досліджень, в період маніфестації гострих і транзиторних психотичних розладів афективна патологія у 55% хворих проявлялась депресивними (тривожно-депресивними) розладами, у 10% - маніакальними розладами, а у 35% відзначалось поєднання симптомів тривожного, депресивного та маніакального афектів [34, 57, 206, 256].

Дані про частоту депресії у хворих на шизофренію коливаються в межах – від 7 до 70%. На думку більшості вітчизняних і зарубіжних вчених настільки велика розбіжність показників обумовлена обстеженням пацієнтів на різних етапах перебігу шизофренії, відсутністю спільних методичних підходів до оцінки як окремих депресивних симптомів, так і розгорнутого депресивного синдрому [31, 113, 124, 125, 242, 329].

За часом виникнення, перебігу та клінічних проявів шизофренії ДР розглядаються або як продромальний синдром, який в 20-60% передуює розвитку ГП, або як один з клінічних проявів першого нападу захворювання (ППЕ) у осіб, які ніколи не приймали ліки, або як синдром, що спостерігається при хронічній шизофренії, так звані депресії ремісій (постпсихотичні депресії), що зустрічаються у 15% випадків [32, 90, 120, 183].

Згідно з проведеним аналізом велика частина літературних джерел, присвячених проблемам депресивної патології продромального періоду ППЕ у хворих з розладами шизофренічного кола, застаріла.

Є поодинокі сучасні дані, що стосуються афективної патології хворих шизоафективним розладом. Згідно з цими даними в доманіфестному періоді АР у хворих з шизоафективним розладом найчастіше виявляються депресивні стани, рідше біполярні розлади настрою і гіпоманії з їх аутохтонним виникненням. У хворих з шизоафективним розладом на фоні афективних порушень часто відзначаються патологічні інтереси і захоплення, а в період доманіфестної гіпоманії у пацієнтів виникає раптова закоханість, захоплення астрологією і хіромантією,

нездоровий потяг до художньої творчості, непродуктивне відвідування дорогих курсів по вдосконаленню особистості, інтенсифікація участі в бізнесі на шкоду всім іншим інтересам і т. п. [17, 28, 181, 288, 312].

Наявні публікації про клініко-психопатологічні прояви ДР ППЕ вкрай суперечливі, велика частина з них застаріла, оскільки не враховує сучасних даних патогенезу АР у хворих на шизофренію і розладами шизофренічного кола.

Так встановлено, що у 60,0% хворих ППЕ при шизофренії супроводжується біполярною депресією, яка характеризується відсутністю типового добового ритму, астеною, станами «вітальної деперсоналізації» та супутньою коморбідною симптоматикою у вигляді алкоголізації, поліморфних фобій, obsесивно-компульсивних розладів та епізодів субпсихотичної симптоматики [27, 191].

Аналіз інших джерел показав, що депресивні стани мали місце при ППЕ шизофренії у 47,9% хворих, а їх клініка проявлялася як мономорфною структурою нападу, так і поліморфною клінічною структурою. Мономорфна клінічна структура нападу характеризувалася поєднанням субдепресивного стану з вербальним галюцинозом. Особливістю поліморфної структури нападу було поєднання ДР з вербальним галюцинозом і епізодично виникаючим чуттєвим маренням або наочно-образним маренням [119, 267, 312, 348].

Значно рідше основні клінічні прояви поліморфного ДР в дебюті шизофренії визначалися поєднанням депресії з:

- маревним регістром розладів (марення переслідування, інсценування, псування, іпохондричне марення з галюцинаціями сприйняття);
- орієнтованим онейроїдом;
- вербальним псевдогалюцинозом і синдромом психічного автоматизму;
- субкататонічною симптоматикою (короткочасні епізоди нерухомості з відсутністю реакції на зовнішні подразники, які змінювалися різної сили руховим збудженням) [28, 50, 83, 90, 312].

При поліморфній клінічній структурі депресії у хворих з розладами шизофренічного кола в клінічній динаміці ППЕ переважала переважно афективна симптоматика, але з подальшим розвитком психотичного епізоду, поступово на

перший план все більше виходила власне психотична симптоматика (маячні і галюцинаторні розлади) [7, 25, 184, 337].

У сучасній літературі зазначено, що маячні ідеї при психотичному епізоді у хворих на шизофренію, ускладненою депресією, нагадують параноїд малого розмаху. Для хворих цієї категорії характерні гостре почуттєве марення і відсутність інтерпретативного марення. Перший час маячні та ДР можуть відповідати характеру психотравмуючої ситуації, але в подальшому відбувається безглузда систематизація та ДР втрачають зв'язок з реальною психотравмуючою ситуацією [96, 132, 281].

Згідно з іншими джерелами нарівні з гострим чуттєвим маячнням в клінічній картині ДР при ППЕ у хворих на шизофренію може бути марення інсценування, маревна оцінка минулих подій, інтерпретативне марення з оцінкою індіферентних подій. Маячні ідеї часто поєднуються з безглуздостями в поведінці, неадекватністю в емоційних реакціях, явищами ауто - і аллопсихичної деперсоналізації, елементами негативізму [83, 172, 171, 183, 197].

У період гострого психозу, при пізній шизофренії ДР мають пресенільне забарвлення (депресивні ідеї відношення, осуду, покарання, загибелі тощо), що поєднуються з млявістю, апатією, похмурістю, невдоволенням і дратівливістю [115].

Одним із частих клінічних проявів ДР у хворих з гострою шизофренією є досить виражена ангедонія, яка є важливим чинником у розвитку порушень пізнання та соціального функціонування хворих на шизофренію [216].

Є сучасні літературні джерела, які констатують факт вираженого переважання анестетичного компонента при ДР у хворих на шизофренію. Наявність анестетичного компонента в депресії хворих на шизофренію є мало не головною відмінною особливістю ДР при розладах шизофренічного спектру [104, 194].

Все частіше в клініці АР при ППЕ спостерігаються атипові форми депресії легкого та середнього ступеня тяжкості, прояви яких не вкладаються в критерії класичного депресивного епізоду. У структурі цих депресій значною мірою виражені ідеї самозвинувачення і самоприниження і в меншій мірі - власне ДР [235].

Аналіз сучасної літератури показав, що у 54% хворих гострі минулі психотичні розлади супроводжуються тривожно-депресивними симптомами, в 5,8%

випадків у хворих на висоті психозу може відзначатися поєднання симптомів тривожного, депресивного, гіпоманіакального і маніакального регістрів у різних співвідношеннях. У 17,9% пацієнтів з депресивною симптоматикою в структурі психотичного нападу відзначаються суїцидальні тенденції. У всіх випадках аутоагресивної поведінки високий ступінь реалізації суїцидального ризику обумовлений домінуванням у клініці почуттєвого марення переслідування, ДР, ідей провини, відношення, а також психомоторного збудження з імпульсивним поведінням [19].

Тривожно-депресивний синдром при психотичному розладі у 60% хворих на шизофренію може досягати середньо-високого рівня вираженості. Ці пацієнти скаржаться на наявність соматичних відчуттів тривоги в області грудної клітини та виразні добові коливання афекту. Тривожні переживання варіюють від почуття невизначеної і невмотивованої тривоги очікування до конкретної катастрофи або турботи про власне здоров'я і здоров'я близьких родичів [187, 235].

Аналіз сучасних літературних джерел показав відсутність єдності думок щодо впливу депресії на перебіг гострого шизофренічного процесу. Деякі дослідники вважають, що наявність депресії в дебюті шизофренії є сприятливою прогностичною ознакою, інші автори свідчать про те, що депресія сприяє зниженню особистісних, соціальних і професійних можливостей хворих і збільшує ризик суїциду за рахунок посилення страждання, заподіюваного захворюванням, незалежно від ступеню гостроти або стабільності «позитивної» психотичної симптоматики. Більше 50% пацієнтів з шизофренією, ускладненої депресією, за період захворювання здійснюють суїцидальні спроби, причому 10% з них виявляються завершеними [10, 31, 83, 138, 145, 203].

Також суперечливі дані про клініко-психопатологічні особливості, так званих постшизофренічних (постпсихотичних) депресій або депресій в період ремісії шизофренії.

Сучасні дослідження виявили, що у 58,7% хворих у стадії ремісії шизофренії розвивається депресія, яка характеризується складною клінічною структурою, атипівістю і синдромальним поліморфізмом психопатологічних розладів

депресивного реєстру. Багато авторів вказують на «стертість», незавершеність депресивного синдрому і проявів депресивної тріади [157,158].

У пацієнтів в постшизофренічному періоді відзначаються тривожні, апатичні, анестетичні, астеничні і тужливі варіанти ДР. При динамічному спостереженні пацієнтів з цими розладами була виявлена трансформація одних варіантів депресії в інші. Маревні розлади, що входять в структуру постшизофренічної депресії, можуть бути як конгруентними, так і неконгруентними депресивному афекту [87].

Багато авторів у зв'язку зі складністю, атипівістю і поліморфізмом постпсихотичної депресії виділяють наступні постпсихотичні ДР:

- типові (прості) ДР (тривожна, меланхолійна, апатоадинамічна депресії);
- комбіновані депресії, при яких спостерігається поєднання тривожного, тужливого і адинамічного компонентів депресії;
- атипові депресивні стани, що не вкладаються в критерії депресивного епізоду (з іпохондричними переживаннями, сенестопатіями, деперсоналізацією, з переважанням астеничного, істеричного компонента, з продуктивними симптомами, не конгруентними афекту, з нав'язливістю, з поліморфною симптоматикою і т. п.) [6, 8, 87, 157, 158].

Згідно з сучасними літературними джерелами, після першого нападу шизофренії найчастіше розвивається депресія з переважанням апато-адинамічної і тужливо-адинамічної симптоматики, сенесто-іпохондричні депресії частіше розвиваються після другого нападу шизофренії, а дисфоричні депресії – після наступних загострень. Формування депресії після купірування гострого нападу психозу може здійснюватися по мірі регресії галюцинаторно-маячної симптоматики, або незабаром після повної регресії галюцинаторно-маячного психозу, або через кілька місяців після регресії гострого психотичного нападу [33].

У хворих на шизофренію з переважанням апатоабулічних і анергічних порушень у клініці постпсихотичних депресій відзначалися відсутність бажань і спонукань до діяльності, втрата колишніх інтересів, відсутність причетності до подій, що відбуваються, ознаки фізичного безсилля, підвищена стомлюваність,

виражені труднощі концентрації уваги, фіксаційні порушення пам'яті та інтелектуальна неспроможність [204].

Аналіз сучасних науково-дослідних робіт показав, що серед АР хворих на шизофренію тужливий варіант депресії зустрічається в 21,9% випадків і проявляється загрудинною тугою, ідеями самозвинувачення, добовими коливаннями вітальної меланхолії, розладами сну. При цьому відзначаються відмінності між достатньою вираженістю симптоматики ДР і менш вираженим суб'єктивним сприйняттям пацієнтом свого стану [125, 194, 235, 305].

Розглядаючи постшизофренічну депресію в прогностичному плані, більшість авторів розцінюють розвиток ДР в стадії ремісії шизофренії як несприятливу прогностичну ознаку перебігу шизофренії, оскільки у таких хворих частіше виникають загострення, у них високий ризик формування негативної симптоматики і суїциду, низький рівень соціальної адаптації [10, 132, 223, 225].

Згідно з іншими дослідженнями на несприятливий прогноз вказують тільки ті постшизофренічні депресії, які формуються безпосередньо після нападу, на відміну від депресій, що розвиваються через деякий час після нападу шизофренії. При цьому прогностичне значення постшизофренічних депресій має не стільки наявність або відсутність ДР, скільки їх психопатологічні особливості з коморбидними включеннями [113, 114, 173, 193].

Одною з клінічних ознак депресивної патології при розладах шизофренічного спектру є наявність у хворих різних форм аутоагресивної поведінки. Як показали результати сучасних досліджень, прояви суїцидальної поведінки можливі в рамках актуальної депресії, у вигляді реакції на стресовий фактор в дебюті маніфестного нападу шизофренії, на стадії неповної ремісії і актуальної депресії протягом захворювання. Загальними особливостями суїцидальних думок в клініці шизофренії з депресивною структурою нападів є їх мимовільність, нав'язливість, тенденція до посилення до рівня імпульсивного суїцидального потягу [29, 241].

Результати численних досліджень відзначають наявність маніакальних порушень у клініці АР при патології шизофренічного спектру. Питома вага гіпоманіакальних станів серед хворих на шизофренію з АР досягає 40,0%. Найбільш часто зустрічаються у хворих на шизофренію, маніакально-маревний (57,14% випадків), маніакально-маревний з психічними автоматизмами (в 19,6% випадків), маніакально-галюцинаторні (17,9% випадків) і галюцинаторно-маревний з маніакальною афектом (5,36% випадків) [27, 79, 180].

Аналіз літератури з проблем доманіфестних проявів маніакальних розладів у хворих з патологією шизофренічного кола показав обмеженість досліджень у цій області. Наявні суперечливі дослідження, що стосуються доманіфестних проявів маніакального стану у хворих на шизофренію.

Згідно з цими літературними джерелами в ініціальному періоді маніакальних розладів у пацієнтів з шизофренією зустрічалися розлади сну, коливання настрою, паранойяльні реакції, короточасні психотичні включення, коливання поведінки на тлі гіпоманіакального стану, тривога, фобічні реакції, поведінкові порушення [180].

Маніакальні порушення при ППЕ частіше протікають в рамках маніакально-маячного варіанту. Характерними особливостями маніакально-маячного розладу є афект радості, що може досягати ейфорії та розгальмування потягів, розлади сну, підвищена активність, метушливість на тлі дратівливості, формальна критика, що поєднуються з маячними розладами. В клінічній картині розгорнутого нападу зустрічаються маячні ідеї відношення (в 56% випадків), ревнощів (19% випадків), переслідування (у 16% випадків), фізичного каліцтва (у 9% випадків). По виходу з хворобливого стану у хворих спостерігається схильність до аналізу хворобливих переживань з відновленням до них критики [79, 96, 172, 180].

Маніакально-маячні розлади найчастіше протікають в рамках гіпоманіакального стану, рідше в рамках веселої або гнівливої манії і можуть поєднуватися зі страхом і маячними ідеями наврочення. Пізніше до цих психічних розладів можуть приєднатися псевдогалюцинації і явища психічного автоматизму. При приєднанні явищ психічного автоматизму в клінічній картині частіше

зустрічались маячні ідеї відношення і дії, значно рідше - ідеї переслідування [95, 161, 171, 180].

Перебіг АР при шизофренії у вигляді гіпоманії може супроводжуватися вербальним галюцинозом, епізодично виникаючими зоровими, нюховими і вісцеральними галюцинаціями, галюцинаціями уяви. Слухові галюцинації у 65% випадків мають коментуючий характер, у 35% – загрозовий [28, 180, 183, 312].

У більшості хворих на шизофренію маніакальні розлади мають континуальний тип перебігу у вигляді подвоєних і потроєних афективних нападів. При цьому гіпоманія зазвичай слідує за першим депресивним нападом. Значно рідше гіпоманіакальний напад формувався за типом гіпоманія - ремісія - депресія [27, 79, 229].

З особливостей маніакального стану, що протікає з вираженими галюцинаторно-маячними розладами, слід відзначити наявність у клініці шизофренії, маніакальних розладів, що поєднуються з онейроїдно-кататонічними епізодами з масштабними сценічними зоровими галюцинаціями, слуховими галюцинаціями коментуючого характеру, маячними ідеями відношення, ревнощів і переслідування [83, 180].

У сучасній літературі є поодинокі дані про залежність дебюту та перебігу маніакальних розладів у хворих на шизофренію від клінічних особливостей маніакального синдрому.

Так маніакально-маячні розлади у хворих на шизофренію дебютують за типом гострого шизодомінантного (у 47% випадків), афектодомінантного (у 35% випадків) та гострого афективного нападу (у 18% випадків). Маніакально-маячні розлади з психічним автоматизмом дебютують за типом гострого шизодомінантного (у 92% випадків) і афектодомінантного нападу (у 8% випадків). Маніакально-галюцинаторні розлади починалися за типом гострого шизодомінантного (у 95% випадків) і афектодомінантного (у 5% випадків) нападу. Галюцинаторно-маревний варіант маніакального розладу у хворих на шизофренію дебютував за типом гострого шизодомінантного нападу [180].

1.2 Сучасні дані про патопсихологічні особливості пацієнтів з АР ППЕ при розладах шизофренічного кола.

Аналіз сучасної літератури щодо патопсихологічних особливостей пацієнтів з АР при ППЕ хворих з патологією шизофренічного кола показав суперечливі дані. Велика частина літератури по цій проблемі застаріла в зв'язку з тим, що не враховує сучасні вимоги до проведення подібних клініко-патопсихологічних досліджень. Інша частина літератури містить лише загальні, неоднозначно трактуємі дані про патопсихологічні особливості пацієнтів з АР ППЕ, без врахування патогенезу і клініки сучасних розладів шизофренічного кола.

Так, при дослідженні за допомогою опитувальника ММРІ конституціонально-особистісних особливостей було виявлено, що особистісні особливості пацієнтів з АР при психотичному епізоді у хворих на шизофренію досягають ступеню акцентуації характеру, зокрема, демонстративний тип особистості зустрічався у 10% хворих, застряючий – у 26,7% хворих, дистимічний тип - у 40% хворих, тривожно-боязкий тип - у 6,7% хворих і емотивний – у 6,6% хворих [187].

Аналіз інших літературних джерел показав, що в групі пацієнтів з афективними порушеннями, які розвинулись на тлі розладів шизофренічного кола, найбільш часто виявляються шизоїдні (у 41% випадків) і збудливі (у 12% випадків) акцентуації характеру [16].

Є дослідження, згідно з яким найбільш часто ДР зустрічаються у хворих з шизоафективною патологією і дистимічним типом акцентуації особистості. На тлі впливу психотравмуючої ситуації у хворих цієї групи легко виникають ДР важкого ступеню вираженості. У осіб з застрягаючим типом акцентуації особистості в 75% випадків розвивається депресія важкого ступеню, у 12,5% випадків - середньої і вкрай важкого ступеню вираженості. При демонстративній акцентуації особистості ДР виникають рідше, а їх рівень не перевищує легко-середнього ступеню

вираженості. При тривожно-боязкому, емотивному типах акцентуації особистості частіше виникає депресія середнього ступеню тяжкості [17].

З особистісних особливостей хворих з АР при шизоафективній патології багато авторів відзначають схильність до почуття провини, песимізм, низьку самооцінку, труднощі при неформальних контактах, відсутність ініціативи, надмірно високі вимоги до власної особистості та результатів своєї діяльності, нереалістично-завищений характер цілей, схильність до патологічного фантазування і мрійливості [162, 187].

Згідно з останніми дослідженнями, для хворих з АР при патології шизофренічного кола характерне переважання інтрапсихічних та інтерпсихічних типів реагування на хворобу (сензитивного, іпохондричного, тривожного, неврастенічного). Відзначається напруженість механізмів психологічних захистів витісненням і регресією, переважання таких копінг-стратегій як прийняття відповідальності, пошук соціальної підтримки, самоконтроль. Хворі гостро реагують на наявність психічного захворювання, що призводить до складних внутрішньоособистісних переживань [204].

Виявлено, що у пацієнтів з АР, які розвинулись на тлі патології шизофренічного спектру спостерігається недостатнє звернення до проактивних форм стреспереборюючої поведінки. Ці хворі відчувають дефіцит цілепокладання, навичок планування, у них обмежений ряд ефективних способів подолання стресу і проблемних ситуацій, недостатньо розвинені навички самостійного вирішення труднощів, розгляду варіантів вирішення конфліктних або скрутних ситуацій. Хворим з цією психічною патологією і афективними порушеннями складно адекватно оцінювати і розпізнавати чужі емоційні прояви [195, 196].

Останні дослідження показали, що у пацієнтів з АР ППЕ, який розвинувся на фоні шизофренії, важливим чинником у формуванні дезадаптивної поведінки є его-захисні фрустраційні реакції. Ці реакції не сприяють ні соціально-психологічній, ні професійній адаптації хворих на шизофренію, а тільки посилюють розбалансованість функціонування емоційного, когнітивного і поведінкового компонентів особистості [97, 98].

В психозі у хворих на шизофренію, ускладнену ДР, виділені чинники труднощів: емоційної адаптивності; міжособистісної взаємодії; адаптивної і раціональної поведінки; адаптивного перфекціонізму; трансформації неприйнятних думок, почуттів і вчинків, що не є соціально-схвалюваними. Психологічними факторами, що знижують подальший розвиток хвороби є: розуміння хворими труднощів міжособистісної взаємодії і спілкування, розуміння завищених вимог до себе і до своєї діяльності; заміна завищених вимог та/або їх проєкції на інших; раціональне пояснення власних невдач; достатнє емоційне благополуччя [8, 10].

Є літературні джерела, в яких особистісний патопсихологічний профіль хворих з шизоафективним розладом характеризується нав'язливими переживаннями, низькою стресостійкістю, напруженістю, емоційною лабільністю, схильністю до реакцій роздратування, нестійкою самооцінкою, егоцентризмом, іпохондрією, тривожністю, підвищеною втомлюваністю, відчуттям спустошеності, втоми і пригніченості, обмеженням соціальних контактів. Простежується дисбаланс між дезадаптивними типами ставлення до хвороби і переважанням конструктивних копінг-стратегій [196, 319].

При шизофренії у пацієнтів з більшою вираженістю симптомів депресії і тривоги виявлено значне зниження здатності до менталізації. У цієї категорії хворих, в якості факторів, що впливають на здатність до менталізації, виділені низька соціальна мотивація, соціальна ангедонія і низька емпатична здатність [215].

Показники перфекціонізму в групі хворих з постпсихотичною депресією вище, ніж у хворих без депресії. У групі цих хворих яскраво виражена самотигматизація. Дані останніх досліджень вказують на велику тяжкість переживань пацієнтів відносно наслідків хвороби. В структурі психологічного захисту в групі хворих з постпсихотичною депресією вище показники регресії, реактивних утворень, витіснення, заміщення і проєкції. У хворих з депресією є рівна представленість як адаптивних, так і дезадаптивних копінг-стратегій в поведінковій сфері, що може відображати, з одного боку, збереження адаптивного поведінкового потенціалу, з іншого, амбітендентність поведінкової сфери. В когнітивній та емоційній сферах у цих хворих більш виражена дезадаптивна спрямованість

копінгу. У копінг-структурі хворих з постпсихотичною депресією актуальні потреби у соціальній підтримці, пошук альтернативного самоствердження – ресурсне опанування [8].

Результати останніх досліджень, описаних в сучасній літературі, свідчать про наявність помірно або сильно виражених нейрокогнітивних розладів у пацієнтів з АР ППЕ. У цієї категорії хворих найбільш виражені порушення робочої пам'яті, уваги та швидкості обробки інформації. У меншій мірі відзначалися порушення виконавчих функцій і здатності до планування [156, 252].

Аналіз сучасних літературних джерел з питань патопсихологічних особливостей хворих на шизофренію з маніакальним (гіпоманіакальним) станом показав, що з преморбідних особистісних особливостей у пацієнтів з маніакально-маревним варіантом маніакальних розладів частіше зустрічались гіпертимні особистісні особливості. Шизоїдна, істероїдна або нестійка акцентуація особистісних особливостей зустрічались в незначному відсотку випадків. У пацієнтів з маніакально-маревним варіантом манії, ускладненим психічним автоматизмом, у більшості випадків відсутні виражені ознаки дисгармонії особистості, в меншій частині випадків зустрічалась шизоїдна або нестійка акцентуація особистості. Маніакально-галюцинаторний напад частіше розвивався у пацієнтів з гіпертимною, шизоїдною і циклоїдною акцентуаціями. Галюцинаторно-маревний варіант маніакальних розладів частіше формувався на тлі вираженої шизоїдізації [180].

1.3 Сучасні дані щодо терапії АР ППЕ при розладах шизофренічного кола.

Аналіз сучасної літератури з проблем вивчення ефективності атипсових антипсихотиків при шизофренічних депресіях і антипсихотиків I покоління показав суперечливі дані, багато з яких застаріли, так як не враховують сучасні дані патогенезу і клініки АР і розладів шизофренічного кола.

Так, деякі автори заявляють про ідентичний антидепресивний ефект антипсихотиків I і II покоління. В іншій роботі не відзначається значущих

відмінностей між галоперідолом і амисульпридом, оланзапіном, кветіапіном, зіпрасидоном у випадках лікування депресії при першому епізоді шизофренії. Є сучасні дані і про те, що зниження вираженості і негативної афективної симптоматики, пов'язаної з психозом, відбувається більш інтенсивно при використанні типових нейролептиків. Тоді як порівняльні дослідження ефективності атипичних антипсихотиків та антипсихотиків I покоління при шизофренічних депресіях відзначають перевагу перших. Згідно з результатами цих досліджень атипичні антипсихотики перевершують нейролептики першого покоління в лікуванні депресії у зв'язку з недостатнім впливом типових нейролептиків на розлади депресивного спектру [11, 34, 42, 51, 55, 59, 137, 269, 285, 355].

Багато авторів бачать перевагу антипсихотиків другого покоління в низькому рівні побічної дії при їх використанні у пацієнтів з розладами шизофренічного кола і афективними порушеннями [89, 200, 247, 267, 282, 349, 362].

Виявлено перевагу терапії антипсихотиками другого покоління (оланзапін, арипіпразол) і щодо впливу на когнітивні розлади хворих на шизофренію, яка поєднується з афективними розладами. Пацієнти, які отримували атипичні антипсихотики, справлялись із завданнями на проблемно-вирішальну поведінку краще, ніж пацієнти, які отримували лікування традиційними нейролептиками. Погіршення моторних навичок і зниження швидкості обробки інформації також було менш вираженим, ніж у пацієнтів, що приймали антипсихотики першого покоління [46, 156, 244, 275, 279, 311, 347].

Порівняльні вивчення ефективності атипичних антипсихотиків між собою при депресіях у хворих на шизофренію також досить суперечливі. В одних дослідженнях відзначається висока ефективність клозапіну, оланзапіну і рисперідону в порівнянні з кветіапіном щодо великого депресивного епізоду у хворих на шизофренію. В інших дослідженнях застосування клозапіну при шизофренії з депресивними порушеннями не довело його ефективності. Наступні дослідження ефективності рисперідону і оланзапіну в досягненні довгострокової стабілізації настрою та профілактиці рецидивів виявили перевагу оланзапіна. Відкрите вивчення терапії хворих на шизофренію з депресією виявило переважну ефективність амисульприду

перед рисперідомом [106, 110, 114, 10, 263, 305, 337, 360].

Тема використання антидепресантів у терапії АР при ППЕ залишається маловивченою. Велика частина літературних джерел з цієї проблеми стосується терапії ДР при шизофренії. При цьому немає однозначних даних про ефективність використання антидепресантів у лікуванні шизофренії, ускладненої депресивними порушеннями.

Так, одні автори вказують на ефективність додаткового призначення антидепресантів, ними були отримані свідчення на користь більшої ефективності поєданого використання антидепресантів з нейролептиками порівняно з монотерапією нейролептиками. Інші автори зазначають, що ефективність таких комбінацій не доведена, а комбінації антидепресантів та нейролептиків виявляються менш ефективними, ніж монотерапія. Так у сучасній літературі є дані про ефективне використання атипсових антипсихотиків як універсальної (антипсихотичної і антидепресивної) монотерапії у випадках шизофренічної депресії. Зокрема, антидепресивний і антипсихотичний ефект при гострих нападах шизофренії з депресивною симптоматикою був відзначений при монотерапії оланзапіном, азенапином, рисперідомом, зипрасидомом, амисульпридом, кветіапіном XR [34, 86, 125, 292, 293, 308, 314].

У сучасній літературі є поодинокі дані, про те, що при одночасному призначенні антипсихотиків та антидепресантів у чверті випадків останні доводиться скасовувати через один – два тижні після початку терапії у зв'язку з наростанням психотичної симптоматики. Важливою проблемою, пов'язаною з поєднаним застосуванням антипсихотиків та антидепресантів в терапії депресії при шизофренії, є ризик ексацерації психотичної симптоматики і потенціювання гіперпролактинемії, сексуальних порушень, метаболічного синдрому, ускладнень з боку серцево-судинної системи і т. п. Навіть такі сучасні антидепресанти, як СИЗС, можуть викликати і потенціювати екстрапірамідні ефекти нейролептиків [39, 68, 138].

Існують роботи різних авторів, які порівнюють лікування монотерапією антипсихотиками нового покоління (оланзапін, кветіапін, зипрасидон) і комбінацією

антипсихотиків з антидепресантами, не виявили значущих відмінностей у клінічній динаміці пацієнтів, які страждають першим епізодом шизофренії, ускладненим депресією [34, 77, 258].

В літературі описані дослідження, згідно з якими, на початку терапії у період гострого психотичного розладу одночасне використання антипсихотиків та антидепресантів видається нераціональним внаслідок їх протилежної спрямованості нейрохімічних ефектів. Прийом антидепресантів можливий через кілька тижнів після початку антипсихотичної терапії. Зазначений підхід дозволяє звести до мінімуму ризик розвитку антагоністичних відносин між антидепресантами і антипсихотиками і, отже, запобігти зниженню ефективності лікування і розвитку побічних дій [164].

В останні роки з'явився ряд публікацій, згідно з якими введення в антипсихотичну терапію антидепресантів не тільки не викликає екзацеребрації психотичних проявів, але і знижує вираженість депресивної симптоматики, не викликаючи загострення психозу і значущих побічних ефектів від спільного використання антипсихотиків та антидепресантів.

Так, в сучасних дослідженнях отримані дані про посилення антипсихотичного ефекту традиційних нейрорептиків при приєднанні міртазапіна. Також є дані про ефективне застосування антидепресантів з групи СИЗС (флувоксамін і оланзапін) при лікуванні гострого нападу шизофренії, ускладненого терапевтично-резистентною депресією. Основними клінічними симптомами, що викликають необхідність призначення цих антидепресантів у хворих цієї групи є суїцидні думки, різко знижений настрій, відчуття безнадійності, ангедонія, порушення сну, особливо ранні пробудження, ідеї винності [6, 113, 245, 277, 291].

На користь поєднаного використання антипсихотиків та антидепресантів говорить і той факт, що потенційною мішенню антидепресивної терапії є тривожна симптоматика, яка часто спостерігається у клінічній картині шизофренії. Так само, по мірі розвитку специфічних антидепресивного та анксиолітичного ефектів препаратів, редукуються вторинні негативні і когнітивні розлади, що є безпосереднім наслідком афективних порушень. Призначення комбінованої терапії

знижує ризик розвитку суїцидальних дій у порівнянні з монотерапією нейролептиками. Наявність у антидепресивних препаратів нейропротективної дії дає можливість їх застосування в продромальному періоді психозу для поліпшення функціонального прогнозу [164, 214, 221, 268].

В даний час антидепресанти все частіше використовуються для підтримуючої терапії у хворих з шизоафективними розладами незалежно від наявності або відсутності депресивної симптоматики. Рідше антидепресанти використовуються в терапії при зниженні настрою під час ремісії. Завдяки використанню антидепресантів, у хворих з шизоафективними розладами скоротилася частота депресивних і субдепресивних розладів у ремісії майже у два рази [73, 303].

Відзначена позитивна динаміка постпсихотичного депресивного синдрому при шизофренії у випадках лікування нейролептиками і антидепресантами як I (іміпрамін), так і II (сертралін) покоління. В літературі описані дослідження, що показують ефективність використання трициклічних антидепресантів з антидепресантами групи СІЗЗС у лікуванні депресивних симптомів у рамках психотичного епізоду шизофренії. Є дані про ефективне використання у хворих на шизофренію циталопрама і флуоксетину. На етапі формування психозу, при наявності ознак ДР є повідомлення про ефективне використання кломіпраміна в поєднанні з антипсихотиками [36, 61, 172, 315, 318].

Переважа в практичній психіатрії при лікуванні шизофренії, ускладненої депресією, надається призначенням атипівих нейролептиків в комбінації з антидепресантами групи СІЗЗС (флувоксамін, пароксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам) [57, 237, 238, 340].

При недостатній ефективності цих антидепресантів додатково призначається трициклічний антидепресант або антидепресант з групи СІЗЗСН, або пирліндол. У разі неефективності такої терапії наступним кроком має бути підвищення дози антипсихотика або заміна його на інший. У найбільш резистентних випадках депресивної симптоматики необхідним є призначення атипівих антипсихотика клозапіну. При подальшій несприятливій динаміці постпсихотичної депресії з

ускладненням її симптоматики психопатологічними проявами необхідно посилити терапію антипсихотичну [34, 157, 309, 313, 330, 348].

Ці результати знаходять підтвердження і в інших дослідженнях. Зокрема, в огляді J. W. Kaskow і S. Zisook вказується, що антидепресанти, в комбінації з атипovими антипсихотиками, призначаються 30% стаціонарних і 43% амбулаторних пацієнтів, причому перевага надається антидепресантам з групи СІЗС. Призначення антидепресантів хворим на шизофренію вважається обґрунтованим і тому, що їх використання виявляється ефективним і відносно негативною симптоматики шизофренії [304, 345, 352, 364].

Дослідження антидепресивної активності агомелатіна (вальдоксана) у хворих на шизофренію, ускладнену депресією, показали його високу ефективність. На тлі поєданого використання агомелатіна і нейролептиків у пацієнтів відзначається клінічно значуще і стійке зниження продуктивної та негативною симптоматики. Цей терапевтичний ефект зберігається на високому рівні в ході подальшої терапії. Комбінована психотропна терапія з використанням вальдоксана і нейролептиків, як першої, так і другої генерації у хворих на шизофренію відзначається достатньою безпекою. Хороша переносимість препарату виражається у відсутності збільшення маси тіла, побічних ефектів з боку статевої системи, симптомів відміни, надмірної седації та сонливості в денний час [26, 157].

В сучасній літературі є відомості про позитивний вплив сертиндола (сердолекта), есциталопрама (ципралекса) на переносимість нейролептиків у пацієнтів, схильних до екстрапірамідних порушень, що не купіруються прийомом коректорів [49].

З інструментальних методів лікування депресії хворих з розладами шизофренічного спектру часто використовується циклічна транскраніальна магнітна стимуляція, яка не поступається по ефективності і переносимості традиційним методам фармакотерапії цих станів. Крім того, цей метод володіє швидкістю дії, ефективністю при важких і резистентних депресіях, антинегативними властивостями, позитивним впливом на когнітивну сферу [126].

Маловивченою залишається проблема терапії ППЕ при розладах шизофренічного спектру, ускладнених маніакальними (гіпоманіакальними) порушеннями. В сучасній літературі є поодинокі відомості з цієї проблеми, частина яких неоднозначно трактується.

За даними численних посібників, із загальних рекомендацій терапії маніакальних розладів, сформованих на тлі розладів шизофренічного спектру, слід в якості першої лінії лікування гострої манії використовувати оланзапін, рисперидон, кветіапін, кветіапін XR, арипіпразол, зипрасидон - в якості монотерапії або проводити комбіновану терапію - літій або вальпроат у поєднанні з рисперидоном, або з кветіапіном, або з оланзапіном, або з арипіпразолом [85, 117, 123, 363].

У половини хворих, які отримували антипсихотики другої генерації (оланзапін, кветіапін, зипрасидон, рисперидон), спостерігалась регресія маніакальної симптоматики більш, ніж на 50% після 3-х тижневої терапії без посилення депресивної симптоматики, а до 6-го тижня у 40% хворих відзначались критерії ремісії. Враховуючи їх добру неврологічну переносимість, відсутність депресогенної дії, високу ефективність при змішаних станах, атипіві антипсихотики в комбінації з нормотимічними засобами повинні використовуватися при купіруванні маніакальних станів психотичних розладів [161, 214, 229, 295, 359].

Сучасні літературні джерела з терапії шизофренії, ускладненої маніакальним станом, рекомендують в лікуванні враховувати варіант маніакального розладу. Так при маніакально-маревному варіанті розладу в лікуванні необхідно застосовувати типові антипсихотики в поєднанні зі стабілізаторами настрою і анксиолітиками. При маніакально-маревному варіанті з супутніми психічними автоматизмами необхідно використовувати типові антипсихотичні препарати, анксиолітики і стабілізатори настрою, але в стаціонарних умовах необхідне переведення на атиповий антипсихотик. При маніакально-галюцинаторному варіанті - в перші дні лікування необхідно застосовувати комбінацію типового нейрорептика та анксиолітика, потім здійснити переведення на атиповий антипсихотик в поєднанні зі стабілізатором настрою. При галюцинаторно-маревному маніакальному нападі необхідно лікування типовими антипсихотиками в поєднанні зі стабілізаторами настрою [180].

Слід зазначити, що використання антипсихотичних засобів у поєднанні з нормотиміками в терапії маніакальних розладів, що розвинулись на тлі розладів шизофренічного спектру, дозволяє сформувати більш якісну ремісію, зменшує афективні коливання в період ремісії, зменшує ймовірність розвитку аутоагресивної поведінки, знижує ризик втрати працездатності, підвищує комплаєнтність пацієнтів [180, 220].

З метою ефективного купірування гострого психотичного розладу при шизофренії, поєднаної з афективним порушенням, необхідно використання бензодіазепінів та їх комбінацій з нейролептиками або вальпроєвою кислотою [38, 39]. А з метою профілактики розвитку станів психомоторного збудження, в тому числі і маніакального спектру, необхідно на ранній стадії формування психозу використання нейролептиків [254, 259, 272, 317, 344, 361].

Слід особливо відзначити, що при використанні медикаментозних засобів в лікуванні АР при шизофренії важливо не тільки індивідуально підібрати ефективне поєднання антипсихотиків та антидепресантів, але й виробити у хворого прихильність до лікування медикаментозними засобами [64, 109, 165, 321].

Як підкреслюється більшістю вітчизняних і зарубіжних вчених у хворих на шизофренію, ускладнену АР, низький рівень медикаментозної прихильності обумовлений анозогнозією, спотворенням картини хвороби, формальними порушеннями мислення, дефіцитарними і продуктивними психопатологічними розладами, невизнанням наслідків хвороби. Хворі з цією психічною патологією надання медичної допомоги можуть використовувати в маревній фабулі або сприймати як насильство над власною особистістю і, відповідно, виявляти підозрілість, недовіру до лікаря, захисно-ворожу поведінку, побоювання, пов'язані з використанням психотропних препаратів. Таке ставлення до лікування і прийому медикаментів з боку хворого зведе нанівець навіть правильно підібране і ефективне поєднання нейролептиків з антидепресантами [18, 60, 107, 276, 288, 331, 343].

Сучасні літературні джерела констатують, що для більш ефективного лікування афективних порушень ППЕ розладів шизофренічного спектру

медикаментозну терапію необхідно комбінувати з індивідуальними і груповими психотерапевтичними методами лікування [67, 71, 111, 212].

Згідно з літературними джерелами головними завданнями психотерапії в лікуванні АР при патології шизофренічного спектру є:

- компенсація негативних проявів патопсихологічної симптоматики;
- попередження загострення захворювань;
- компенсація особистісних когнітивних і поведінкових наслідків захворювань;
- подолання соціально-психологічних наслідків захворювань;
- підвищення рівня медикаментозного комплаєнса;
- адаптація хворого і соціального оточення до хвороби і її наслідків [1, 3, 7, 38, 45, 357].

В реалізації цих завдань, при проведенні психотерапії вітчизняні та зарубіжні автори використовують як підходи, що не зачіпають особистість хворого, так і підходи, спрямовані на особистісне опрацювання, включаючи роботу з симптомами. При першому підході в психотерапії використовуються когнітивно-біхевіоральні методи і арттерапія. Основною метою когнітивно-біхевіоральних методів є особистісно-соціальне відновлення хворих, яке здійснюється через роботу психотерапевта з мотивацією хворого, тренінги нейрокогнітивних та соціально-когнітивних функцій [92, 102, 103, 150, 175, 278, 301].

Когнітивно-поведінкова терапія один з важливих методів психотерапії в лікуванні розладів шизофренічного кола, що супроводжуються депресивно-деперсоналізаційними або астено-депресивними переживаннями. У терапії цих розладів використовуються класичні поведінкові і когнітивні техніки: складання розпорядку дня, оцінка майстерності та задоволення, техніка градуйованих завдань, модифікація переконань. Вибір і використання цих поведінкових технік повинні збігатись з готовністю пацієнта до змін і враховувати ступінь розладів його мислення і когнітивного функціонування [45, 246, 240, 212, 326].

Клінічна діагностика та лікування ендogenous хворих з використанням когнітивно-поведінкової терапії здійснюється в два етапи. Перший підготовчий етап включає в себе вироблення мотивації до психотерапевтичних форм роботи, психоосвіту, корекцію нейрокогнітивного дефіциту, складання когнітивної концептуалізації випадку, складання з пацієнтом угоди, що стосується специфічних пріоритетних цілей лікування. Другий - терапевтичний етап спрямований на лікування продуктивних розладів. На цьому етапі використовуються техніки модифікації когнітивних спотворень, підбір доказів «за» і «проти», поведінкових експериментів, постановки іншої перспективи, використовуваних як в індивідуальній, так і в груповій роботі [72, 84, 218].

Використання когнітивно-поведінкових технік в терапії хворих з афективною патологією, сформованою на тлі розладів шизофренічного кола, сприяє зниженню виразності негативних симптомів шизофренії, модифікації (трансформації) патологічного зв'язку між хворобливими симптомами і спотвореними когнітивними переконаннями пацієнта [255].

З методів арттерапії, психотерапії хворих з АР при шизофренії, використовують ізотерапію, бібліотерапію, фототерапію, танцювально-рухову терапію та інші методи творчого вираження хворих. З допомогою цих методів можна коригувати порушення афекту, ступінь аутизації, рівень емоційно-вольового зниження, конфліктні переживання, комунікативні порушення та ін. Так використання танцювальної та музичної психотерапії в лікуванні хворих на шизофренію дозволяє швидше відкрити їх для вербальних контактів і чуттєвого емоційного самовираження [14, 41, 63, 142, 143, 209, 231, 316].

Аналіз літературних джерел показав важливість використання методів корекції нейрокогнітивного дефіциту хворих з розладами шизофренічного кола. Ця корекція найчастіше здійснюється за допомогою методик, що базуються на компенсаторному і відновному підході. Компенсаторний підхід орієнтований на розвиток збережених когнітивних функцій, компенсуючих уражені функції. Відновлювальний підхід базується на тренінгу дефіцитних функцій за рахунок використання поведінкових методик [103, 198, 218, 261, 298].

Одним з методів корекції нейрокогнітивного дефіциту є нейрокогнітивна ремедіація, яка проводиться у вигляді групового тренінгу з хворими, які перенесли ППЕ. В ході тренінгів відбувається поліпшення розумової працездатності, пам'яті, підвищення концентрації уваги, рівня критики, поліпшення виконавчих когнітивних функцій. Тренінгові заняття нейрокогнітивної ремедіації проводяться в групах до 8 пацієнтів, 2 рази на тиждень, тривалістю 30-40 хвилин, курсом до 10 занять. Заняття включають в себе рухові вправи, спрямовані на активізацію роботи півкуль головного мозку, вправи на тренування пам'яті, уваги, адекватності мислення і вправи на поліпшення виконавчих функцій (постановка мети, структурування правил, виконання поставленої задачі, утримання та досягнення мети програми) [70, 136, 189, 199, 325].

Згідно сучасних літературних джерел, у пацієнтів з першим психотичним епізодом виділені соціальні фактори ризику розвитку рецидиву, до яких відносяться знижений рівень соціально-трудової адаптації, відсутність сім'ї, інвалідність, комунікативні порушення, фобія суспільства. Тому з метою поліпшення соціальної ефективності та вироблення адаптивних форм психосоціальної поведінки, необхідно використовувати тренінг соціальних навичок [88, 205].

У завдання цього тренінгу входить підвищення комунікативної активності, розвиток соціальних навичок, зниження ангедонії, стимулювання адекватного емоційного реагування, мислення і соціальної поведінки, навчання ефективним стратегіям вирішення міжособистісних проблем [23, 213, 227, 299, 333].

Тренінги соціальних навичок найчастіше здійснюються у формі групової роботи, в якій виділяють підготовчий (індивідуальна співбесіда), когнітивний, емоційний і соціальний блоки. Основними методами, що використовуються в цих тренінгах, є різні вправи для розвитку когнітивних функцій, рухові вправи, психогімнастичні прийоми, комунікативні ігри, релаксаційні прийоми, дискусія, методи арттерапії, техніки «приєднання» і активного слухання [99, 152, 155, 211, 231, 243, 356].

Тренінг соціальних навичок хворих на шизофренію здійснюється за рахунок використання таких групових технік, як зворотний зв'язок, моделювання,

розігрування ролей, соціальне підкріплення і відпрацювання бажаної поведінки. У тренінгу соціальних навичок успішно використовується психодрама, в процесі якої створюється середовище для розвитку і розкриття внутрішнього «Я» пацієнта. З цією метою в психодрамі використовуються техніки замісної ролі, проекції, дзеркала, обміну ролями, дистанції, дії альтернативної ролі і т. п. [45, 111, 134, 243].

З метою підвищення медикаментозної прихильності у хворих з АР і шизофренією використовується особлива форма тренінгу – комплаєнс-терапія. Комплаєнс-терапія базується на методах когнітивно-поведінкової психотерапії та мотиваційному інтерв'юванні. Комплаєнс-терапія проводиться у формі короткострокового психотерапевтичного втручання з використанням як індивідуальних, так і групових форм роботи. В процесі проведення комплаєнс-терапії з'ясовується концепція психічного розладу з точки зору пацієнта, акцентується увага на причинах відмови від лікування і проводиться подолання і зміна переконань пацієнта, пов'язаних з небажанням приймати медикаменти [18, 60, 107, 343].

Одним з важливих психотерапевтичних засобів в лікуванні АР у хворих на шизофренію залишається сімейна терапія, яка проводиться як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Сучасний аналіз літератури показав, що батьки хворих на шизофренію відчувають більш високі потреби у безпеці і прийнятті. Подружжя пацієнтів часто потребують підтримки, розуміння і допомоги. Діти і друзі хворих демонструють високу потребу в самореалізації. У близьких і знайомих хворих на шизофренію часто відзначаються комунікативні проблеми, пов'язані з недостатньо теплими відносинами з пацієнтом, нереалізованістю потреби в спілкуванні. Внаслідок частих фрустрацій і емоційно-стресових напружень у близького оточення часто відзначаються розлади невротичного спектра, які так само потребують втручання психотерапевта [58, 108, 176, 185, 222, 232].

Всі ці потреби мають бути опрацьовані у процесі сімейної терапії з використанням методів раціональної, клієнт-центрованої психотерапії та транзактного аналізу. Кінцевою метою сімейної психотерапії має стати зміцнення сім'ї та профілактика її розпаду. Міцні сімейні стосунки, взаєморозуміння і

взаємодопомога, мінімум проблемних і конфліктних зон – ось той адаптаційно-превентивний потенціал сім'ї, який протидіє сповзанню хворого в несправний стан і продовжує його особистісний і соціальний ресурс [22, 37, 65, 166, 178, 179, 182].

Останнім часом в психотерапії хворих на шизофренію використовуються освітні та психосоціальні програми для пацієнтів і родичів. Люди, які страждають на шизофренію, які відчують труднощі, пов'язані не тільки зі своєю хворобою, але і з дискримінацією їх суспільством, викликаною помилковими уявленнями щодо психічної патології і психічно хворих. Тому в освітніх програмах необхідно надавати інформацію пацієнтам та їх родичами з питань діагностики ранніх проявів загострення хвороби, основ терапії і реабілітації хворих, можливих наслідків хвороби та про її профілактику. На заняттях повинні обговорюватись біологічні механізми формування психічних порушень, необхідність спостереження у лікаря-психіатра і прийому підтримуючої терапії [48, 84, 151, 202, 217, 226, 289].

Психосоціальна робота з пацієнтами проводиться з метою поліпшення когнітивних функцій хворих, відпрацювання комунікативних навичок соціальної поведінки. Реалізуються ці цілі шляхом тренінгу когнітивних, комунікативних та соціальних навичок, творчої реалізації, терапії зайнятстю. При роботі з пацієнтами соціальні працівники забезпечують їх взаємодію з організаціями, що надають соціальну допомогу хворим [78, 112, 144, 149].

У більшості джерел констатується факт більшої ефективності групових методів психотерапії в лікуванні хворих з розладами шизофренічного кола, що супроводжуються афективною патологією. Але останнім часом усе частіше з'являються в пресі роботи і про ефективність методів індивідуальної психотерапії в лікуванні пацієнтів з цими психічними розладами. Так в роботах сучасних вчених підтверджується можливість ефективного використання психодинамічної психотерапії у хворих на шизофренію, ускладнену афективною патологією [20, 69, 133, 177].

Високоєфективним є використання в цієї категорії хворих різних методів з гештальттерапії, позитивної, інтегративної та екзистенціальної психотерапії. Використовуючи ці методи індивідуальної психотерапії, лікуючий лікар досягає

усвідомлення хворим: стресогенності кризової ситуації, пов'язаної з ППЕ; можливості появи негативних соціально-психологічних, професійних та інших наслідків психотичного епізоду; індивідуального внутрішньоособистісного конфлікту, пов'язаного з психотичним епізодом. Після усвідомлення пацієнтом важливих наслідків ППЕ, за допомогою використання методів гештальттерапії, позитивної та екзистенціальної психотерапії здійснюється корекція неадаптивної поведінки, викликаного перенесеним психозом [4, 26, 53, 147, 179, 188].

В індивідуальній і груповій психотерапії хворих з АР і шизофренію при ППЕ часто використовується інсайт-орієнтована психотерапія. Основним завданням цього виду терапії є усвідомлення хвороби і вироблення пацієнтом нових когнітивних, емоційних і поведінкових форм реагування на хворобу, що сприяють соціальній, професійній та психологічній адаптації хворого [80, 93, 105, 274].

На закінчення огляду засобів терапії афективної патології при розладах шизофренічного спектру необхідно зазначити, що одним із важливих завдань цієї терапії є формування соціально-трудова навичок за допомогою використання сучасних форм трудотерапії. Вирішення цього завдання особливо важливим є для самотніх хворих з соціальною і трудовою дезадаптацією, зі зниженим енергетичним потенціалом, апатією, пасивно-негативним або байдужим ставленням до праці. Відновлення трудових навичок сприяє формуванню ефективної трудової адаптації, що в кінцевому результаті підвищує якість життя хворого на шизофренію [40, 52, 63].

Таким чином, в сучасній літературі є поодинокі дані, що стосуються афективної патології хворих АР. Згідно з цими даними, в доманіфестному періоді АР частіше проявляються субдепресивними станами, рідше біполярними розладами настрою і гіпоманією з аутохтоним розвитком [17, 28, 181, 288, 312].

Аналіз сучасних літературних джерел показав відсутність єдності думок щодо впливу афективних розладів на перебіг гострого шизофренічного процесу. Деякі дослідники вважають, що наявність депресії в дебюті шизофренії є сприятливою прогностичною ознакою, інші автори підкреслюють, що депресія

сприяє зниженню особистісних, соціальних і професійних можливостей хворих і збільшує ризик суїциду за рахунок посилення страждання, заподіюваного захворюванням [10, 31, 83, 138, 145, 203].

Також суперечливі дані про клініко-психопатологічні особливості, так званих постшизофренічних (постпсихотичних) депресій або депресій в період ремісії шизофренії [6, 8, 10, 33, 87, 125, 132, 157, 158, 194, 223, 225, 235, 305].

Літературні дані про клінічні особливості маніакальних розладів при ППЕ також неоднозначні. Так, згідно з літературними джерелами у хворих з ППЕ при шизофренії зустрічаються як маніакально-маячні, маніакально-маячні з психічними автоматизмами, так і маніакально-галюцинаторні і галюцинаторно-маячні з маніакальним афектом розлади і т. д. [27, 79, 180].

Аналіз літератури з проблем доманіфестних, маніфестних і постманіфестних проявів маніакальних розладів у хворих з патологією шизофренічного кола показав обмеженість досліджень у цій області. Є дослідження, що стосуються доманіфестних проявів маніакального стану у хворих на шизофренію, клініко-психопатологічних особливостей і перебігу маніфестних і постманіфестних маніакальних розладів у хворих з розладами шизофренічного спектру [27, 28, 79, 83, 95, 96, 161, 172, 171, 180, 183, 229, 312].

Згідно сучасним літературним джерелам, суперечливість клінічних даних про афективну патологію при психотичних розладах обумовлена відсутністю чітких критеріїв їх діагностики та сучасних методичних підходів до оцінки як окремих афективних симптомів, так і розгорнутого АР [31, 113, 124, 125, 239, 329].

Аналіз сучасних даних літератури з пато психологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР при ППЕ хворих з патологією шизофренічного кола показав неоднозначність наявної інформації. Велика частина літератури містить лише загальні, неоднозначно трактуємі дані про пато психологічні особливості пацієнтів з АР ППЕ, без урахування патогенезу і клініки сучасних розладів шизофренічного кола. Дані про зв'язки структурно-особистісних особливостей з клінічними ознаками АР і їх перебігом у пацієнтів з різними розладами шизофренічного кола вкрай суперечливі. Маловивченими залишаються

патопсихологічні типи реагування на хворобу, форми подолання стресу, психологічного захисту, копінг-стратегії і форми міжособистісної взаємодії при АР ППЕ [8, 10, 16, 17, 97, 98, 162, 180, 187, 195, 196, 204, 319].

Результати останніх досліджень, описаних в сучасній літературі, свідчать про наявність помірно або сильно виражених нейрокогнітивних розладів у пацієнтів з АР ППЕ. У цієї категорії хворих найбільш виражені порушення робочої пам'яті, уваги та швидкості обробки інформації. У меншій мірі відзначалися порушення виконавчих функцій і здатності до планування [156, 252].

Показано можливості використання атипівих антипсихотиків при АР ППЕ [11, 34, 42, 51, 55, 59, 137, 269, 285, 355].

Однак результати порівняльних досліджень ефективності атипівих антипсихотиків між собою при АР хворих на шизофренію не завжди є однозначними [106, 110, 114, 210, 263, 305, 337, 360].

Тема використання антидепресантів у терапії АР при ППЕ залишається недостатньо вивченою. Велика частина літературних джерел з цієї проблеми стосується терапії ДР при шизофренії. При цьому не існує єдиної думки про ефективність використання антидепресантів у лікуванні шизофренії з депресивними порушеннями. Так, одні автори вказують на ефективність додаткового призначення антидепресантів, інші автори відзначають, що ефективність таких комбінацій не доведена, а комбінації антидепресантів і антипсихотиків виявляються менш ефективними, ніж монотерапія [34, 86, 125, 164, 292, 293, 308, 314]. Важливою проблемою, пов'язаною з поєднаним застосуванням антипсихотиків та антидепресантів в терапії депресії при шизофренії, є ризик ексацерації психотичної симптоматики і потенціювання гіперпролактинемії, сексуальних порушень, метаболічного синдрому, ускладнень з боку серцево-судинної системи тощо [39, 68, 138].

Результати проведених досліджень не дозволяють достовірно ні підтвердити, ні спростувати положення про те, що комбінація антипсихотиків і антидепресантів може бути ефективною в лікуванні депресивних і негативних проявів розладів шизофренічного спектру. Опубліковані результати мають істотні обмеження,

пов'язані з невизначеною оцінкою депресивного компоненту, з відсутністю даних про період захворювання, на якому був призначений антидепресант, з відсутністю докладного аналізу психопатологічної структури депресії і розладів шизофренічного кола.

Маловивченою залишається проблема терапії ППЕ при розладах шизофренічного спектру, ускладнених маніакальними (гіпоманіакальними) порушеннями. В сучасній літературі є поодинокі відомості з цієї проблеми, частина яких неоднозначно трактується. Так, із загальних рекомендацій терапії маніакальних розладів, сформованих на тлі розладів шизофренічного спектру, слід в якості монотерапії першої лінії лікування гострої манії використовувати оланзапін, рисперидон, кветіапін, кветіапін XR, арипіпразол, зипрасидон або проводити комбіновану терапію літієм або вальпроатом у поєднанні з рисперидоном, або з кветіапіном, або з оланзапіном, або з арипіпразолом [85, 117, 123, 363].

У той же час встановлено, що для більш ефективного лікування афективних порушень ППЕ розладів шизофренічного спектру медикаментозну терапію необхідно комбінувати з індивідуальними і груповими психотерапевтичними методами лікування [67, 71, 111, 212].

Аналіз літератури показав, що використання психотерапевтичних методів найбільш детально вивчено при лікуванні власне депресії або шизофренії. В реалізації цих завдань, при проведенні психотерапії вітчизняні та зарубіжні автори використовують когнітивно-поведінкову терапію, арттерапію, нейрокогнітивну ремедіацію, тренінги соціальних навичок, сімейну терапію, комплаєнс-терапію, освітні та соціальні програми [14, 18, 41, 45, 48, 58, 60, 62, 70, 84, 86, 108, 136, 143, 151, 176, 185, 189, 199, 202, 205, 209, 212, 217, 222, 226, 231, 232, 240, 246, 289, 316, 325, 326, 343]. З методів індивідуальної психотерапії в лікуванні пацієнтів з цими психічними розладами підтверджується можливість ефективного використання психодинамічної та інсайт-орієнтованої психотерапії, гештальттерапії, позитивної, інтегративної та екзистенціальної психотерапії [4, 20, 26, 53, 69, 80, 93, 105, 133, 147, 177, 179, 188, 274].

Дослідження ефективності цих психотерапевтичних методів і програм у хворих з АР ППЕ при розладах шизофренічного спектру - численні, але більша їх частина відображає суперечливі результати, так як ці дослідження проводилися з використанням різних методологічних підходів і діагностичних критеріїв, як афективної патології, так і розладів шизофренічного спектру. Тому, вивчення структури АР, їх клінічної динаміки на різних етапах формування і перебігу ППЕ, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з цією психічною патологією з метою розробки критеріїв і алгоритму ранньої діагностики, програми диференційованої терапії АР у пацієнтів з ППЕ, є своєчасною і актуальною задачею.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В РОБОТІ ТА ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Дизайн, організація та процедура дослідження.

Найбільш ефективними засобами профілактики рецидивів психозу є рання діагностика продромальних проявів шизофренії та їх лікування, активна взаємодія з лікарями загальної практики з питань діагностики і терапії ППЕ, а також підвищення рівня комплаєнса хворих з ППЕ, оптимізація їх лікування та ресоціалізації. У зв'язку з цим видається важливим виділення групи ризику ППЕ. Так, встановлено, що серед симптомів продромального періоду ППЕ найбільш часто діагностуються афективні розлади (АР) у формі депресії і тривоги, які, однак, нерідко не діагностуються, маскуючись несприятливим перебігом психозу, низьким соціальним функціонуванням, частими рецидивами і повторними госпіталізаціями.

Незважаючи на великий обсяг досліджень, які стосуються ППЕ, у доступній літературі немає даних про структурно-динамічні особливості АР у пацієнтів з ППЕ згідно фазам його розвитку (продромальний період, психоз, ремісія), а також критеріїв їх ранньої діагностики.

Вищесказане дозволило висунути гіпотезу про існування відмінностей у проявах АР в структурі гострих поліморфних, шизофреноподібних, шизоафективних психотичних розладів відповідно до фаз їх розвитку. Ця гіпотеза визначила мету, завдання та дизайн дисертаційного дослідження.

Дизайн дисертаційного дослідження передбачав проведення попереднього скринінгу і три етапи дослідження.

Для вирішення поставлених завдань на етапі скринінгу по критеріям включення / виключення були обстежені в форматі реального часу і ретроспективно 147 пацієнтів з АР в структурі ППЕ: 34 пацієнта з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії (F23.0) (ГППРбСШ) 37 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1)

(ГППРзСШ) 40 пацієнтів з гострим шизофреноподібним психотичним розладом (F23.2) (ГШПР) 36 хворих з гострим шизоафективним розладом (змішаний тип) (F25.2) (ГШРЗТ).

Основними критеріями включення пацієнтів у дисертаційного дослідження були: наявність психічного розладу, який відповідає діагностичним критеріям психічних розладів за МКХ -10 (F23.0, F23.1, F23.2, F25.2) наявність афекту в структурі ППЕ; інформована згода пацієнта на участь у програмі дисертаційного дослідження.

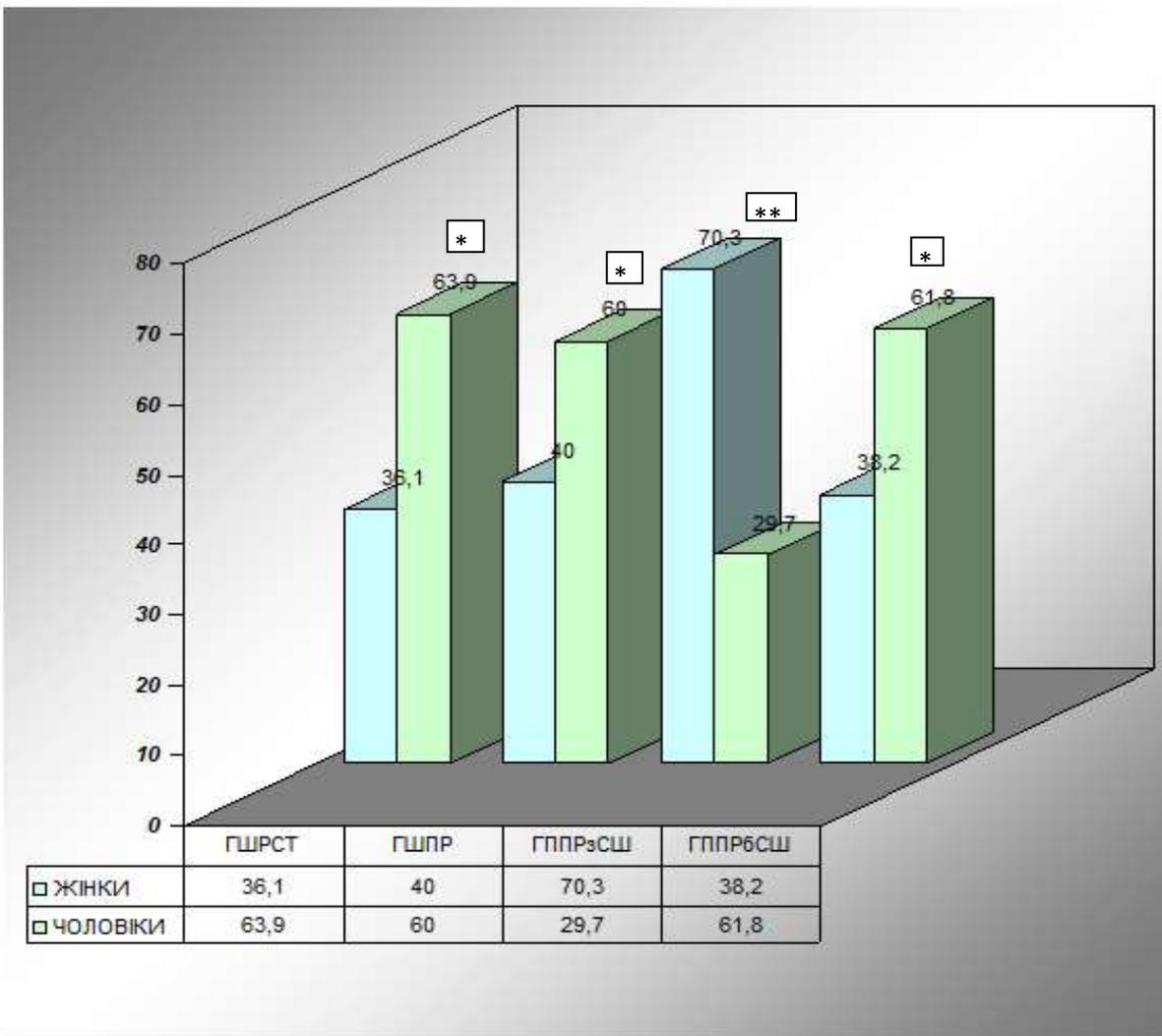
Всі етапи дослідження були проведені на базі Центру Першого Психотичного Епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» р. в Києві.

2.2 Загальна характеристика об'єкту дослідження.

З основних характеристик об'єкта дослідження в цих групах хворих були вивчені конституціонально-біологічні та соціально-демографічні особливості. Результати вивчення цих особливостей заносились в індивідуальну карту обстеження пацієнта з ППЕ для подальшої індивідуальної клінічної та групової клініко-статистичної обробки.

З конституціонально-біологічних особливостей у хворих АР ППЕ зверталась увага на стать, вік на момент маніфестації психозу, спадкову обтяженість психічною патологією, алкогольною і наркотичною залежністю, перинатальну патологію.

Аналіз статевого розподілу серед хворих АР ППЕ в групах з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР, ГШРЗТ представлений на рисунку 2.1.



Умовні позначення.

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рис. 2.1. Статевий розподіл хворих АР ППЕ.

Згідно з результатами, представленими на малюнку 2.1, серед хворих АР ППЕ чоловіки переважають у групах пацієнтів з ГППРбСШ (61,8% випадків, при $p < 0,05$), ГШПР (у 60,0% випадків, при $p < 0,05$) і ГШРЗТ (в 63,9% випадків, при $p < 0,05$). У групі хворих АР ПП ГППРзСШ переважають особи жіночої статі (у 70,3% випадків, при $p < 0,01$).

Результати дослідження середнього віку хворих АР ППЕ в групах з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР та ГШРЗТ представлені в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Середній вік хворих з АР ППЕ на момент маніфестації психозу

Контингент	Середній вік (%±m)
Хворі ГППРбСШ	25,8±4,2
Хворі ГППРзСШ	28,1±5,4
Хворі ГШПР	26,6±4,4
Хворі ГШРЗТ	39,7±6,1*

Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

За результатами дослідження віку хворих АР ППЕ (табл. 2.12) можна констатувати, що АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ маніфестують у віці 25,8±4,2 року, у хворих з ГППРзСШ - у віці 28,1±5,4 року, з ГШПР - у віці 26,6±4,4 року. Тоді як у хворих з ГШРЗТ афективні розлади ППЕ дебютують у віці 39,7±6,1 (при $p < 0,05$).

Аналіз спадкової обтяженості психічними розладами, алкогольною і наркотичною залежністю хворих АР ППЕ в групах з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР та ГШРЗТ показав результати, представлені в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Спадкова обтяженість психічними розладами,
алкогольною та наркотичною залежністю хворих АР ППЕ

Спадкова обтяженість	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРбСШ	ГППРзСШ	ГШПР	ГШРЗТ
1	2	3	4	5
Шизофреія	8,8±1,1	8,1±1,4	17,5±2,4*	2,8±0,9
Епілепсія	-	-	-	-
Алкогольна залежність	2,9±0,8	-	5,0±1,0	11,1±1,7*

Продовження табл. 2.13

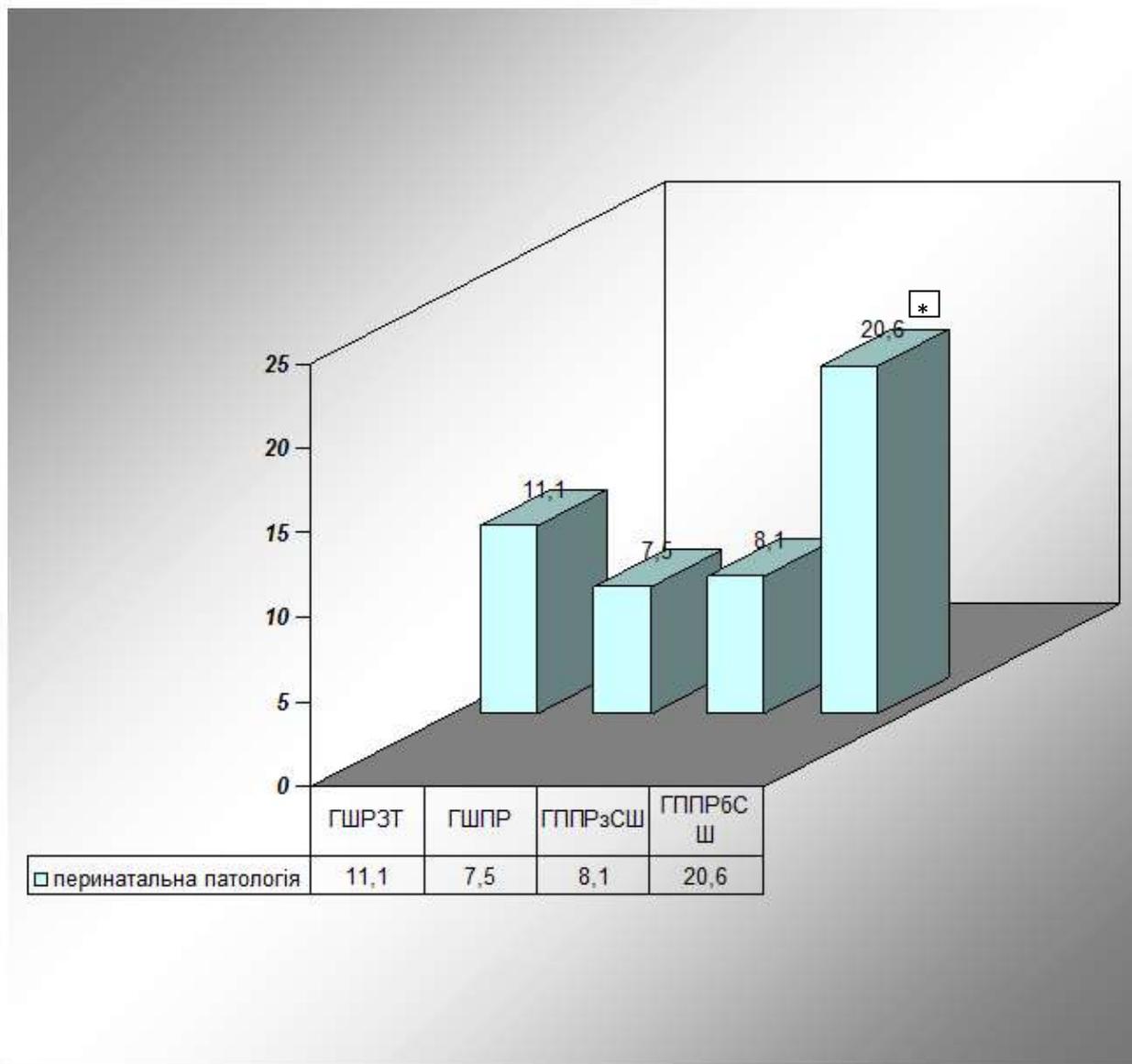
1	2	3	4	5
Наркотична залежність	-	-	2,5±0,7	-
Соматоформні розлади	-	-	-	-
Невротичні розлади	17,6±1,7*	2,7±0,8	-	-
Розлади особистості	-	18,9±2,3*	5,0±1,0	-
Афективні розлади	5,9±0,9	2,7±0,8	5,0±1,0	16,7±2,2*

Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,01$

Згідно з результатами дослідження, представлених в таблиці 2.13, у хворих АР ППЕ:

- з ГППРБСШ спадковість обтяжена по шизофренії та невротичним розладам, при цьому, в порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є показник спадкового обтяження щодо невротичних розладів (у 17,6% випадків, при $p < 0,01$);
- з ГППРЗСШ спадковість обтяжена по шизофренії та розладам особистості (переважно шизоїдного та паранойяльного спектрів), при цьому, в порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є показник спадкового обтяження щодо розладів особистості (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$);
- з ГШПР спадковість обтяжена по шизофренії (у 17,5% випадків, при $p < 0,01$);
- з ГШРЗТ спадковість обтяжена по афективних розладах (у 16,7% випадків, при $p < 0,01$) та алкогольної залежності (в 11,1% випадків, при $p < 0,01$).

Результати вивчення наявності перинатальної патології в анамнезі хворих АР ППЕ в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР та ГШРЗТ показав результати, що представлені на рисунку 2.2.



Умовні позначення.

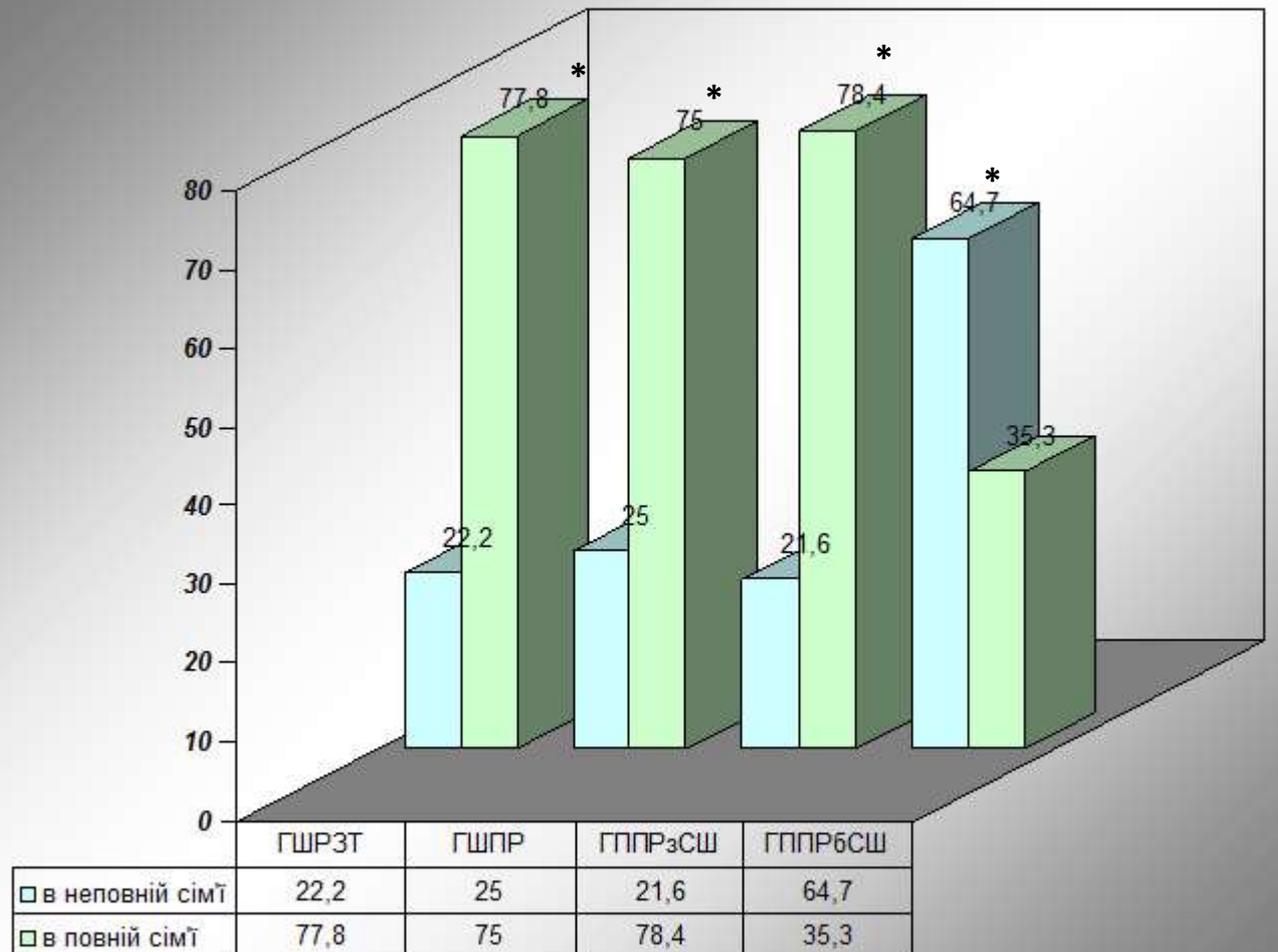
Відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рис. 2.2. Перинатальна патологія у хворих АР ППЕ

Згідно з результатами дослідження, представлених на рис. 2.2, у хворих АР ППЕ ГППРбСШ, у порівнянні з хворими інших груп, у 20,6% випадків (при $p < 0,05$) в анамнезі виявлено наявність перинатальної патології.

У цьому дослідженні, з соціально-демографічних особливостей оцінювалися особливості виховання, сімейне становище і стосунки в сім'ї, матеріально-побутові умови життя, освіти, характер праці.

Аналіз особливостей виховання хворих афективними розладами ППЕ в групах з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР та ГШРЗТ представлений на рисунку 2.3.

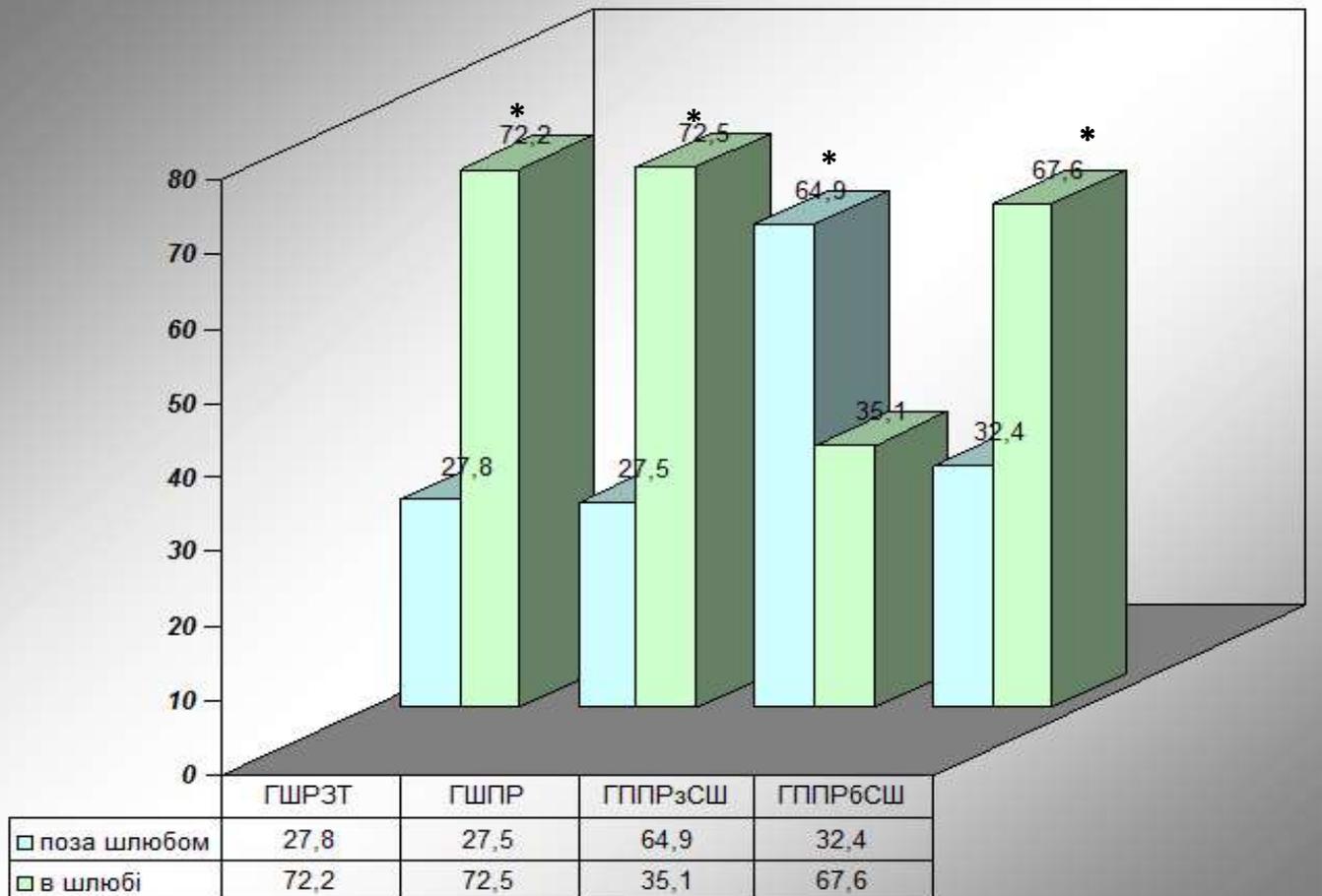


Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,01$

Рис. 2.3. Особливості виховання хворих з АР ППЕ

Результати, представлені на рисунку 2.3, дозволяють констатувати, що серед хворих АР ППЕ при ГППРбСШ переважають хворі, що виховувалися в неповній сім'ї (у 64,7% випадків, при $p < 0,01$), тоді як серед хворих АР ППЕ при ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ переважають хворі, що виховувалися в повній сім'ї - 78,4%, 75,0% та 77,8% випадків відповідно (при $p < 0,01$).

Дослідження сімейного стану хворих АР ПП в групах з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР та ГШРЗТ показало результати, представлені на рисунку 2.4.



Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні розбіжності: * - при $p < 0,01$

Рис. 2.4. Сімейний стан хворих з АР ППЕ

За результатами, представленими на малюнку 2.4, необхідно відзначити, що хворі АР ППЕ при ГППРзСШ у 64,9% випадків (при $p < 0,01$) не перебувають у шлюбі, тоді як хворі АР ППЕ при ГППРбСШ - у 67,6% випадків, при ГШПР - у 72,5% випадків, а при ГШРЗТ - у 72,2% випадків - перебувають у шлюбі (при $p < 0,01$).

При цьому необхідно відзначити, що в 60,9% випадків (при $p < 0,05$) у хворих АР ППЕ ГППРбСШ і у 57,7% випадків (при $p < 0,05$) у хворих АР ППЕ ГШРЗТ перебувають у шлюбі, сімейні відносини розцінювалися пацієнтами як незадовільні.

Результати дослідження матеріально-побутових умов життя хворих АР ППЕ в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР та ГШРЗТ представлені в таблиці 2.14.

Таблиця 2.14
Матеріально-побутові умови життя хворих АР ППЕ

Матеріально-побутові умови життя	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
Добрі	20,6±1,9	18,9±2,3	20,0±2,5	22,2±2,5
Задовільні	32,4±3,3	54,0±5,4*	52,5±5,3*	55,6±5,7*
Погані	47,1±4,8*	27,0±2,8	27,5±3,1	22,2±2,5

Умовні позначення:

Відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 2.14, у групі хворих АР ППЕ ГППРБСШ матеріально-побутові умови життя пацієнтами розцінювалися як погані у 47,1% випадків (при $p < 0,05$). Тоді як в групах хворих АР ППЕ ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ пацієнти оцінювали свої матеріально-побутові умови задовільні у 54,0%, у 52,5% і 55,6% випадків відповідно (при $p < 0,05$). Результати вивчення рівня освіти хворих АР ППЕ в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР та ГШРЗТ представлені в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15
Характер освіти хворих АР ППЕ

Характер освіти	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
Середня	26,5±2,5	29,7±3,0	27,5±3,1	41,7±4,2*
Середня–спеціальна	50,0±5,1*	32,4±3,2	17,5±2,4	19,4±2,3
Вища (незакінчена вища)	23,5±2,2	37,8±3,7	55,0±5,6*	38,9±4,1

Умовні позначення:

Відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Згідно з результатами дослідження, представлених в таблиці 2.15, серед хворих АР ППЕ ГППРБСШ переважають хворі з середньо-спеціальною освітою (у 50,0% випадків, при $p < 0,05$); серед хворих АР ППЕ ГППРЗСШ статистично

достовірних відмінностей за рівнем освіти - не виявлено ($P>0,5$); серед хворих АР ППЕ ГШПР переважають хворі з середньою і вищою (незакінченою вищою освітою), при цьому, у порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є переважання вищої (незакінченої вищої освіти) (55,0% випадків, при $p<0,05$); серед хворих АР ППЕ ГШРЗТ переважають хворі з середньою і вищою (незакінченою вищою освітою), при цьому, в порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним у цій групі є переважання середньої освіти (у 41,7% випадків, при $p<0,05$).

Аналіз характеру праці хворих АР ПП в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРТ представлений в таблиці 2.16.

Таблиця 2.16

Характер праці хворих АР ППЕ

Характер праці	Кількість хворих АР ППЕ (% \pm m)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРТ
Розумовий (в т.ч. студенти)	64,7 \pm 6,9*	70,3 \pm 7,4*	67,5 \pm 6,9*	38,9 \pm 4,1
Фізичний	35,3 \pm 3,7	29,7 \pm 3,0	32,5 \pm 3,4	61,1 \pm 6,2*
Особа з інвалідністю	-	-	-	-

Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p<0,05$

Згідно з результатами дослідження особливостей праці, представленим у таблиці 2.16, можна констатувати, що у хворих АР ППЕ в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ і ГШПР переважають пацієнти з розумовим характером праці (в тому числі студенти) - 64,7%, у 70,3% і 67,5% випадків відповідно (при $p<0,05$). Тоді як у групі хворих АР ППЕ ГШРЗТ переважають хворі з фізичним характером праці (у 61,1% випадків, при $p<0,05$).

Таким чином, АР ППЕ при ГППРБСШ переважають у осіб чоловічої статі (в 61,8% випадків, при $p<0,05$), у віці 25,8 \pm 4,2 року (при $p<0,05$), з середньою-спеціальною освітою (у 50,0% випадків, при $p<0,05$), розумовим характером праці (у 64,7% випадків, при $p<0,05$), які виховуються в неповній

сім'ї (у 64,7% випадків, при $p < 0,01$), які перебувають у шлюбі (у 67,6% випадків, при $p < 0,01$) з незадовільними сімейними відносинами (60,9% випадків, при $p < 0,05$) і поганими матеріально-побутовими умовами життя (47,1% випадків, при $p < 0,05$), із спадковою обтяженістю щодо невротичних розладів (у 17,6% випадків, при $p < 0,01$) і перинатальною патологією в анамнезі (у 20,6% випадків, при $p < 0,05$).

АР ППЕ при ГППРзСШ переважають у осіб жіночої статі (у 70,3% випадків, при $p < 0,01$), у віці $28,1 \pm 5,4$ року (при $p < 0,05$), з розумовим характером праці (у 70,3% випадків, при $p < 0,05$), які виховувались у повній сім'ї (у 78,4% випадків, при $p < 0,01$), які не перебувають у шлюбі (64,9% випадків, при $p < 0,01$), із задовільними матеріально-побутовими умовами життя (54,0% випадків, при $p < 0,05$), із спадковою обтяженістю щодо розладів особистості (переважно шизоїдного та паранойяльного спектрів) (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$).

АР ППЕ при ГШПР переважають у осіб чоловічої статі (у 60,0% випадків, при $p < 0,05$), у віці $26,6 \pm 4,4$ року (при $p < 0,05$), з вищою (незакінченою вищою освітою) (55,0% випадків, при $p < 0,05$), з розумовим характером праці (у 67,5% випадків, при $p < 0,05$), які виховуються у повній сім'ї (у 75,0% випадків, при $p < 0,01$), які перебувають у шлюбі (у 72,5% випадків, при $p < 0,01$), з задовільними матеріально-побутовими умовами життя (у 52,5% випадків, при $p < 0,05$), із спадковою обтяженістю щодо шизофренії (у 17,5% випадків, при $p < 0,01$).

АР ППЕ при ГШРЗТ переважають у осіб чоловічої статі (в 63,9% випадків, при $p < 0,05$), у віці $39,7 \pm 6,1$ (при $p < 0,05$), з середньою освітою (у 41,7% випадків, при $p < 0,05$), з фізичним характером праці (у 61,1% випадків, при $p < 0,05$), які виховуються у повній сім'ї (у 77,8% випадків, при $p < 0,01$), які перебувають у шлюбі (у 72,2% випадків, при $p < 0,01$) з незадовільними сімейними відносинами (у 57,7% випадків, при $p < 0,05$), із задовільними матеріально-побутовими умовами життя (у 55,6% випадків, при $p < 0,05$), із

спадковою обтяженістю щодо афективних розладів (у 16,7% випадків, при $p < 0,01$) та алкогольної залежності (в 11,1% випадків, при $p < 0,01$).

Вищевикладені соціально-демографічні характеристики необхідно враховувати при реалізації діагностичного алгоритму у хворих цієї категорії.

2.3 Клініко-психопатологічний метод.

У представленій науково-дослідній роботі використання клініко-психопатологічного методу здійснювалося за допомогою структурованого інтерв'ю, проведеного в рамках клініко-феноменологічного та психопатологічного підходів в психіатрії. Психопатологічні розлади, виявлені в процесі використання клініко-психопатологічного методу, оцінювалися відповідно до критеріїв розділу V МКХ-10 [100, 228].

В процесі проведення структурованого інтерв'ю у пацієнтів з діагнозом ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ були отримані:

- паспортні дані;

- анамнестичні відомості життя (спадкова обтяженість, особливості психофізичного розвитку та виховання, наявність і зміст перенесених психотравм, освіта, трудова діяльність, сімейний стан, спосіб життя, коло інтересів, характер соціальних контактів, перенесені захворювання);

- анамнестичні відомості хвороби (преморбідні особистісні особливості, перенесені психічні розлади, обсяг, характер і ефективність раніше отриманої психіатричної допомоги, наявність продромальних психічних розладів, особливості маніфестації ППЕ та його динаміка).

- дані про психічний статус (скарги, відносини лікар-пацієнт, зовнішній вигляд, міміка, жестикуляція, критика, особливості поведінки, емоційної (афективної) і когнітивної діяльності, наявність продуктивної та негативної симптоматики, стан особистісних особливостей, особливості аутоагресивної поведінки (при її наявності)).

Всі ці дані заносились в індивідуальну карту обстеження пацієнта з ППЕ для подальшої індивідуальної клінічної та групової клініко-статистичної обробки [131].

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ППЕ

1. № історії хвороби _____.
2. Ф. В. О. _____; Місце проживання _____.
3. Вік: 3.1 - до 20 років; 3.2 - 21-25 років; 3.3 - 26-30 років; 3.4 - більше 30 років.
4. Стать: 4.1 - М.; 4.2 – Ж.
5. Соціальний статус: 5.1 – робочий; 5.2 – студент; 5.3 – службовець; 5.4 – учень; 5.5 - приватний бізнесмен; 5.6 - не працює.
6. Сімейний стан: 6.1 - одружений (заміжня); 6.2 - неодружений (незаміжня); 6. -розлучений(на); 6.4 – вдівець (вдова).
7. Проживає: 7.1 – самотійно; 7.2 - з дружиною (чоловіком); 7.3 - з батьками; 7.4 - з родичами.
8. Стосунки в сім'ї: 8.1 – гармонійні; 8.2 – задовільні; 8.3 – конфліктні.
9. Житлово-побутові умови: 9.1 - задовільні; 9.2 – незадовільні.
10. Матеріальне становище: 10.1 – достатнє; 10.2 – незадовільне;
11. Освіта: 11.1 – вища; 11.2 - незакінчена вища; 11.3 – середньо-спеціальна; 11.4 – середня;
12. Місце роботи: 12.1 - за фахом; 12.2 - не за фахом; 12.3 - не працює (тривалість: 12.31 - декілька місяців; 12.32 - 1-2 роки; 12.33 - більше 2х років).
13. Професійні шкідливості: 13.1 - розумове напруження; 13.2 - надмірні фізичні навантаження; 13.3 - нічні зміни; 13.4 - виробничі шкідливості.
14. Спадкова обтяженість: 14.1 – немає; 14.2 – шизофренія; 14.3 – алкоголізм; 14.4 – біполярний розлад; 14.5 – наркозалежність; 14.6 – несприятливий психічний розлад;
15. Шкільна поведінка: 15.1 - не доставляє занепокоєння; 15.2 - доставляє занепокоєння, поведінка руйнівна; 15.3 - пасивно-відсторонена; 15.4 – з нервовими зривами.
16. Шкільна успішність: 16.1 - на «5»; 16.2 - на «4»; 16.3 - на «3»; 16.4 - на «2», дублював класи.
17. За характером: 17.1 – замкнутий; 17.2 – дружелюбний; 17.3 – тривожний, недовірливий; 17.4 – запальний.
18. Шкідливі звички: 18.1 – немає; 18.2 – куріння; 18.3 - зловживання алкоголем; 18.4 – вживання наркотиків.
19. Суїциди в анамнезі: 19.1 – немає; 19.2 – суїцидальні думки, висловлювання; 19.3 – суїцидальні спроби.
20. Тривалість продромального періоду: 20.1 - 1-3 місяці; 20.2 - 3-6 місяців; 20.3 - 6-12 місяців; 20.4 - більше року; 20.5 - більше 3-х років.
21. Вік початку продрома: 21.1 - до 15 років; 21.2 - 15-20 років; 21.3 - 21-25 років; 21.4 - 26-30 років; 21.5 - більше 31 року.
22. Вік маніфестації хвороби (поява психотичних симптомів): 22.1 - до 15 років; 22.2 - 15-20 років; 22.3 - 21-25 років; 22.4 - 26-30 років; 22.5 - більше 31 року.
23. Тривалість психотичної префази: 23.1 - до 2х тижнів; 23.2 - 2-4 тижні; 23.3 - 1-6 міс.; 23.4 - 7-12 міс.; 23.5 - 1-2 роки; 23.6 - 2-5 років; 23.7 - більше 5 років.
24. Фактори, що передують госпіталізації: 24.1 - стресові ситуації; 24.2 – перевтома; 24.3 – немає; 24.4 - соматичне захворювання; 24.5 – алкоголь.
25. Тип клініко-динамічного перебігу продрома: 25.1 – безперервний; 25.2 – епізодичний; 25.3 – змішаний.
26. Звернення за допомогою: 26.1 – немає; 26.2 - до психіатрів; 26.3 - до лікарів-інтерністів; 26.4 - до екстрасенсів, знахарів; 26.5 - до психологів.
27. Отримання антипсихотиків до госпіталізації: 27.1 - так, адекватне; 27.2 – немає; 27.3 – так, неадекватне.
28. Звернення: 28.1 – самотійне; 28.2 - за наполяганням інших осіб.

29. Ознаки агресивної та ажитованої поведінки: 29.1 – немає; 29.2 - агресивні тенденції; 29.3 – суїцидальна поведінка; 29.4 - імпульсивність.
30. Лікування: 30.11 – монотерапія типовим антипсихотиком; 30.12 – монотерапія атипичним антипсихотиком; 30.2 – терапія двома антипсихотиками; 30.3 – електросудомна терапія; 30.4 - терапія антипсихотиком і антидепресантом (препаратом літію, коректором настрою).
31. Включення в програму інтегрованого (медикаментозного та реабілітаційного) лікування: 31.1 – так; 31.2 - ні.
32. Наявність нейролепсії: 32.1 – так; 32.2 – ні.
33. Рання відповідь на лікування (% зниження симптоматики за PANSS до кінця 2-го тижня): 33.1 - 10%; 33.2 - 20%; 33.3 - 30%; 33.4 - 40%; 33.5 - більше 40%.
34. Тип ППЕ: 34.1 – афективний; 34.4 – неафективний.
35. Тривалість госпіталізації: 35.1 - 1-3 тижнів; 35.2 - 3-4 тижнів; 35.3 - 1-2 міс.; 35.4 - понад 2-х міс.
36. Клінічний діагноз (МКХ-10): 36.1 - шизофренія параноїдна, період спостереження менше року (F20.09); 36.2 - шизофренія кататонічна, період спостереження менше року (F20.29); 36.3 - гострий поліморфний психотичний розлад (F23); 36.4 - гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1); 36.5 – гострий шизофреноподібний психотичний розлад (F23.2); 36.6 – шизоафективний розлад (F25).
37. Результат лікування на момент виписки: 37.1 - повне усунення психопатологічної симптоматики; 37.2 - збереження залишкової продуктивної симптоматики; 37.3 - збереження залишкової негативної симптоматики; 37.4 - збереження неспецифічної симптоматики; 37.5 - наявність афективної симптоматики.
38. Характеристика pathos (особистісного зсуву) після лікування: 38.1 - немає помітних змін; 38.2 – зміни pathos зі знаком «+»; 38.3 - зміни pathos зі знаком «-».
39. Варіант клінічної ремісії: 39.1 – інтермісія; 39.2 – параноїдна; 39.3 – тимопатична; 39.4 – апатична; 39.5 – астенична; 39.6 – гіперстенічна; 39.7 – псевдоневротична; 39.8 – псевдопсихопатоподібна; 39.8 - критерії ремісії не досягнуто.
40. Професійна діяльність на протязі 0,5 років після виписки: 40.1 - робота (навчання) без зниження кваліфікації; 40.2 - робота зі зниженням кваліфікації; 40.3 – академічна відпустка; 40.4 - звільнення з роботи, пошук нової роботи; 40.5 - звільнення з роботи без пошуку нової роботи; 40.6 – інвалідизація.
41. Сімейний стан протягом 0,5 років після виписки: 41.1 - сім'я збереглася; 41.2 - сім'я розпалася; 41.3 - погіршилися відносини в родині; 41.4 - покращилися стосунки в родині.
42. Рецидиви: 42.1 - немає рецидивів на протязі 2х років після виписки; 42.2 - 1 рецидив протягом 0,5 років; 42.3 - 1 рецидив протягом 1г.; 42.4 - 1 рецидив протягом 2-х років.; 42.5 - 2 рецидиву протягом 2-х л.
43. Тип перебігу хвороби вперше за 2 роки після виписки: 43.1 – безперервний; 43.2 - приступообразно-прогресивний (43.21 епізодичний з наростаючим дефектом, 43.22 - епізодичний зі стабільним дефектом); 43.3 - рекурентний (43.31 - епізодичний ремітуючий, 43.32 - епізодичний зі стабільним дефектом).

За пунктом 25 при визначенні варіантів клініко-динамічного перебігу продрома ППЕ використовувалися такі критерії безперервного, епізодичного і змішаного перебігу [131].

Безперервний (25.1) варіант перебігу продрому ППЕ характеризується:

- поступальним формуванням продуктивних симптомів, які розвиваються на тлі попередніх неврозоподібних, психопатоподібних симптомів неспецифічного кола;
- відсутністю в продромі справжніх фазових афективних симптомів;
- наявністю негативних розладів, пов'язаних з порушеннями когнітивного, емоційно-вольового та соціального функціонування;
- відсутністю «світлих» проміжків всередині продрому при різній швидкості прогресування процесу;
- послідовністю між симптоматикою продрому і симптоматикою наступних етапів хвороби зі стертими межами переходу одного етапу до іншого;
- відсутністю гострого періоду наростання продуктивних розладів;

Епізодичний (25.2) варіант ППЕ характеризується:

- наявністю від декількох днів до декількох місяців аутохтонно виникаючих періодів афективних розладів;
- поєднанням афективних порушень з: неспецифічною симптоматикою (соматовегетативні розлади, головний біль, неприємні відчуття в тілі, парестезії, астения і т. д.); надцінними фрагментарними страхами безглузого характеру; поодинокими, абортивними маревноподібними висловлюваннями; феноменами дежавю, зміненості свого «Я» та навколишнього; труднощами концентрації уваги і асоціативної діяльності;
- наявністю тривалих «світлих» проміжків протягом психозу без змін особистості, поведінки і порушень соціального функціонування, з афективними розладами субклінічного рівня у вигляді: субдепресивного афекту з неухважністю, невпевненістю, примхливістю, почуттям неповноцінності, сенситивністю; гіперактивності з високою енергійністю і самооцінкою; «невизначеного» типу афекту з суб'єктивним емоційним дискомфортом.

Змішаний (25.3) варіант ППЕ характеризується:

- поліморфною, рудиментарною, клінічно неоднорідною картиною першого психотичного епізоду з тривалістю від кількох тижнів до кількох місяців, з достатнім збереженням психічної продуктивності і функціонування в суспільстві;
- наявністю розладів неврозоподібного, психопатоподобного спектру або рудиментарних паранойяльних розладів, на тлі яких виникають субпсихотичні афективні, абортивні деперсоналізаційно-дереалізаційні симптоми;
- тенденцією до спонтанного зворотного розвитку продромальних «нападів» з наявністю у хворого неспецифічної симптоматики та особистісних змін.

При індивідуальній і груповій обробці результатів використання клініко-психопатологічного методу були отримані:

- дані щодо особливостей клініко-психопатологічної структури афективних розладів та їх перебігу (в продромі, на стадії психозу та ремісії) при першому психотичному епізоді у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ;
- дані за соціально-демографічними та анамнестичними (стать, вік на момент маніфестації хвороби, сімейне становище і стосунки в сім'ї, матеріально-побутові умови життя, освіти, характер праці, спадкова обтяженість, особливості виховання) факторами формування АР ППЕ;
- дані катамнезу про клініко-психопатологічні особливості АР ППЕ в ремісії;
- дані за результатами апробації розробленої програми терапії АР у пацієнтів з ППЕ.

2.4 Психометричні методи.

2.4.1 Шкала оцінки продуктивної та негативної симптоматики PANSS.

У цьому дослідженні вираженість позитивної і негативної психопатологічної симптоматики у пацієнтів з АР ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ на стадії психозу була оцінена за допомогою шкали PANSS [15, 306].

Шкала PANSS має кілька оціночних блоків (P, N і G), за допомогою яких відбувається кількісна і якісна оцінка позитивної і негативної симптоматики у хворих з АР ППЕ (табл. 2.1, 2.2 та 2.3).

В оціночних блоках P, N і G кількісна оцінка позитивних і негативних симптомів проводиться за 7 критеріальними оцінками: «1» – відсутня дана симптоматика; «2» – мінімальна вираженість симптоматики; «3» – слабка вираженість; «4» – помірна вираженість симптомів; «5» – середня вираженість; «6» – сильна вираженість; «7» – крайня вираженість симптомів.

Таблиця 2.1

Блок P шкали PANSS

№	Шкала	Критерії шкали
P1.	Маячні ідеї	Наявність маячних ідей та їх вплив на соціальні відносини й поведінку пацієнта
P2.	Розлади мислення	Дезорганізація мислення, розірваність цілеспрямованого потоку думок, докладність, зісковзування, аморфність асоціацій, непослідовність, паралогічність, закупорка думок і т. п.
P3.	Галюцинаторна поведінка	Слухові, зорові, нюхові або соматичні розлади сприйняття
P4.	Збудження	Підвищена моторна активність і реакції на подразники, підвищена настороженість або мінливість настрою і т. п.
P5.	Ідеї величі	Підвищена самооцінка, необґрунтована впевненість у своїй перевазі, ідеї про видатні здібності, багатство, знання, славу, владу і т. п.
P6.	Підозрілість, страх переслідування	Необґрунтовані думки про переслідування, почуття настороженості, недовіра, підозріла надмірна пильність, маячні ідеї про вороже ставлення оточуючих і т. п.
P7.	Ворожість	Вербальне і невербальне вираження гніву, обурення, сарказм, пасивно-агресивна поведінка, вербальна та фізична агресія й т. п.

Як видно з таблиці 2.1 блок P шкали PANSS оцінює основні продуктивні симптоми у хворих з афективними розладами ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Таблиця 2.2

Блок N шкали PANSS

№	Шкала	Критерії шкали
N1	Притуплений афект	Зменшення експресивності міміки, нездатність до прояву почуттів і комунікативної жестикуляції і т. п.

N2	Емоційна відчуженість	Відсутність інтересу до подій, зниження залученості і почуття причетності до них і т. п.
N3	Знижена комунікабельність	Відсутність співпереживання, відвертості в розмові, слабе почуття близькості, інтересу, залученості в інтерв'ю, прагнення зберегти дистанцію, бідність вербального і невербального спілкування і т. п.
N4	Пасивно-апатична соціальна відстороненість	Зниження інтересу та ініціативи у спілкуванні, пасивність, апатія, втрата енергії
N5	Порушення абстрактного мислення	Утруднення класифікації, узагальнення, нездатність відійти від конкретних або егоцентричних способів розв'язання задач і т. п.
N6	Порушення спонтанності та плавності мовлення	Труднощі в спонтанності і плавності мовлення, внаслідок апатії, вольових розладів, почуття незахищеності, порушень мислення
N7	Стереотипне мислення	Порушення плавності, спонтанності і гнучкості мислення, ригідність, повторюваність, беззмістовність мислення

Блок N шкали PANSS оцінює основні негативні симптоми у хворих з афективними розладами першого психотичного епізоду.

Таблиця 2.3

Блок G шкали PANSS

№	Шкала	Критерії шкали
1	2	3
G1	Іпохондричність	Уявні скарги на фізичне здоров'я або переконаність у наявності неіснуючого соматичного захворювання або розладу
G2	Тривожний стан	Нервозність, неспокій, занепокоєння чи хвилювання, що варіюється від надмірної стурбованості до відчуття паніки
G3	Почуття провини	Каяття або самозвинувачення з приводу реальних або уявних проступків і т. п.
G4	Напруженість	Скутість, тремор, посилене потовиділення, невгамовність і т. п.
G5	Манірність та позування	Неприродні рухи, пози, які надають поведінці хворого незграбний, диспластичний, роз'єднаний або ексцентричний характер
G6	Депресія	Туга, смуток, песимізм та безпорадність.

Продовження табл.2.3

1	2	3
G7	Моторна загальмованість	Зниження рухової активності, уповільнення або скорочення рухів і темпу мови, млява реакція на подразники, зниження загального тону і т. п.
G8	Відмова від співробітництва	Активна відмова від виконання бажань і прохань близьких людей, включаючи персонал лікарні, внаслідок підозрливості, захисних реакцій, впертості, негативного ставлення, неприйняття авторитетів, ворожості або агресивності
G9	Неприродний зміст мислення/думок	Дивні фантастичні або ексцентричні думки, які варіюють за змістом від нетипових або відірваних від життя, до перекручених, нелогічних або явно абсурдних
G10	Дезорієнтація	Недостатня орієнтація в навколишньому середовищі, місці і часі, внаслідок розгубленості або відчуженості від дійсності
G11	Порушення уваги	Нестача сконцентрованості, відволікання на зовнішні і внутрішні подразники, труднощі у контролюванні, підтримці або переході на нові подразники
G12	Недостатня критичність думок та суджень	Недостатність суджень і критики
G13	Вольові розлади	Порушення ініціативи, здатності досягати цілі і контролювати свої думки, поведінку, рух і мову
G14	Погане керування імпульсивністю	Розлад регуляції і контролю внутрішніх мотивів, раптова, немодульована, довільна і нецілеспрямована розрядка напруги і емоцій, без урахування наслідків
G15	Втеча в аутистичні переживання	Заглибленість у внутрішні думки, почуття, аутистичні фантазії, що призводить до порушення адаптаційної поведінки та орієнтування в навколишній ситуації
G16	Активне соціальне усунення	Зменшення соціальної активності на ґрунті безпідставного страху, ворожості або недовіри

У блоці G шкали PANSS оцінюються як продуктивні, так і негативні симптоми у хворих з афективними розладами ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Індивідуальна інтерпретація шкали PANSS проводилася за оцінками вираженості шкал позитивної і негативної психопатологічної симптоматики. Результати цієї інтерпретації враховувалися при розробці індивідуальних програм терапії АР ППЕ.

Групова інтерпретація виражалась у відсотку від загальної чисельності хворих кожної групи з різною вираженістю шкал продуктивних і негативних симптомів. Результати групової інтерпретації PANSS використовувалися при

вивченні клініко-психопатологічних особливостей АР ППЕ хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

2.4.2 Калгарійська шкала депресії при шизофренії.

В представленій роботі оцінка тяжкості депресивної симптоматики у пацієнтів з АР ППЕ, в період маніфестації та ремісії психозу, була проведена з допомогою Калгарійської шкали депресії (CDSS) [Addington D., Addington J., 1993].

Шкала CDSS складається з 9 питань, з допомогою яких оцінюються симптоми великого депресивного розладу у пацієнтів з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ за останні 2 тижні.

Питання шкали CDSS відображають наступні показники: депресія; безнадійність; низька самооцінка (самоприниження); ідеї і відчуття обвинувачення; патологічна провина; ранкова депресія; раннє пробудження; суїцид; спостерігаєма депресія. Останній показник заснований на спостереженнях, зроблених в ході всього інтерв'ю.

Питання, що відображають вісім показників депресивного стану, оцінюються клініцистом від «0» (відсутні) до «3» (важкий стан) згідно з поданим нижче докладним описом основних пунктів по кожному питанню.

Оцінки показника депресії.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - виражає деякий смуток і занепад духу

2. Середній ступінь - чітко проявляється депресивний настрій до половини часу за останні 2 тижні, присутній щодня

3. Важкий ступінь - виражений депресивний настрій, присутній щодня протягом більш, ніж половини часу, заважає нормальній фізичній і соціальній активності

Оцінки показника безнадії.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - за останній тиждень безнадійність відчувалася час від часу, але все ж є деяка надія на майбутнє

2. Середній ступінь - постійне відчуття безнадійності середнього ступеню вираженості протягом останнього тижня, пацієнта можна переконати в тому, що можливо справи підуть краще

3. Важкий ступінь – постійне і таке, що завдає страждань відчуття безнадійності

Оцінки показника самоприниження.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - пацієнт відчуває себе неповноцінним(ою), але не до такої міри, щоб відчувати себе нікчемним(ою)

2. Середній ступінь - пацієнт відчуває себе нікчемним, але менш 50% часу

3. Важкий ступінь - пацієнт відчуває себе нікчемним більше 50% часу, його можна переконати

Оцінки показника ідеї звинувачення.

0. Відсутні

1. Легкий ступінь - пацієнт відчуває, що йому/їй дорікають, але не звинувачують, менш, ніж 50% часу

2. Середній ступінь – пацієнт постійно відчуває, що йому/їй дорікають та/або зрідка відчуває, що його/її звинувачують

3. Важкий ступінь - постійно відчуває, що його/її звинувачують, якщо пацієнта переконувати, він/вона визнає, що це не так

Оцінки показника патологічного почуття провини.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - пацієнт відчуває надмірне почуття провини з приводу якогось дрібного проступку, але менш 50% часу

2. Середній ступінь - пацієнт зазвичай (більше 50% часу) відчуває почуття провини з приводу своїх минулих дій, значимість яких він/вона перебільшує

3. Важкий ступінь - пацієнт зазвичай дорікає собі за все, що було не так, навіть якщо це не його/її вина

Оцінки показника ранкової депресії.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - депресія присутня, але не змінюється протягом дня

2. Середній ступінь - без навідних запитань інтерв'юера пацієнт відзначає, що депресія гірше з ранку

3. Важкий ступінь - депресія істотно гірше з ранку, супроводжується порушенням функціонування, стан поліпшується у другій половині дня

Оцінки показника раннього пробудження.

0. Відсутня - немає раннього пробудження

1. Легкий ступінь - іноді (до двох разів на тиждень) прокидається за 1 годину або більше до нормального часу пробудження або дзвінка будильника

2. Середній ступінь - часто (до п'яти разів на тиждень) прокидається за 1 годину або більше до нормального часу пробудження або дзвінка будильника

3. Важкий ступінь - щодня прокидається за 1 годину або більше до нормального часу пробудження

Оцінки показника суїцидальної поведінки.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - часто думав(а), що було б краще померти, або зрідка думав(а) про суїцид

2. Середній ступінь - серйозно думав(а) про суїцид і мав(а) план, але не було спроб

3. Важкий ступінь - суїцидальна спроба була організована так, що повинна була призвести до смерті, але була випадково розкрита, або використовувалися неефективні засоби

Оцінки показника спостерігаємої депресії.

0. Відсутній

1. Легкий ступінь - пацієнт здається сумним і похмурым навіть при емоційно нейтральному обговоренні питань інтерв'юера

2. Середній ступінь - пацієнт здається сумним і похмурым у ході всього опитування, каже похмурым монотонним голосом і часом плаче чи готовий розплакатися

3. Важкий ступінь - пацієнт замовкає при обговоренні питань, що його засмучують, часто тяжко зітхає і відкрито плаче або знаходиться в стані скорботного заціпеніння

Інтерпретація Калгарійської шкали депресії CDSS проводиться як за вираженістю окремих показників депресивного розладу (0-3 бали), так і за загальним показником (обчислюється підсумовуванням всіх питань) вираженості депресії (від 0 до 27 балів). Бал ≥ 5 зазвичай використовується для виявлення пацієнтів з вираженою супутньою (великою) депресією і обчислюється підсумовуванням всіх питань.

Індивідуальна інтерпретація шкали CDSS проводилась за вираженістю загального та окремих показників депресивного розладу. Результати цієї інтерпретації враховувалися для оцінки клініки АР ППЕ та розробки індивідуальних програм терапії.

Групова інтерпретація шкали CDSS проводилась за сукупністю значень вираженості кожного клінічного показника депресивного розладу хворих АР ППЕ в групах хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ. Результати цієї інтерпретації виражались в середній величині (M) та середньоквадратичному відхиленні (σ).

2.4.3 Шкала продромальних симптомів SOPS.

З метою вивчення психопатологічних симптомів АР ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ на стадії продрома психозу і в період ремісії хвороби у дисертації була використана шкала продромальних симптомів SOPS [324].

Шкала оцінювалась лікарем-психіатром за чотирма групами симптомів: А - позитивні симптоми; В - негативні симптоми; З - симптоми дезорганізації; Д - загальні симптоми (табл. 2.4, 2.5, 2.6 і 2.7).

Таблиця 2.4

Шкала позитивних симптомів SOPS та їх інтерпретація

Симптом	Інтерпретація
Незвичайний зміст думок/маячні ідеї	а) розгубленість і маревний настрій. Відбувається щось дивне. Плутанина в тому, що реально, а що уявно. Знайоме здається дивним, зловісним, загрозливим, таким, що має особливий сенс. Почуття, що сам і навколишній світ змінилися. Часом зміна перцепції. Дежавю; б) неперсекуторні ідеї відносини (включаючи нестійкі ідеї відносини); з) порушення рецептивного, експресивного мовлення. Уявний натиск, вставлені, вилучені, звучання думок, телепатія; д) надцінні переконання. Заклопотаність незвичайними ідеями (релігія, медитація, філософія, тема екзистенції). Магічне мислення, яке впливає на поведінку і несумісне з субкультуральними нормами (марновірство, яснобачення, незвичайні релігійні вірування тощо); е) маячні ідеї винності, ревнощів, заперечення, зміни свого тіла, релігійні, впливу ззовні, послань з радіо чи телебачення. Маячні ідеї висловлюються, але вони не стійкі і не систематизовані.
Підозрілість / персекуторні ідеї	а) надмірна заклопотаність з приводу мотивації інших людей, недовіру; б) підозрілість або параноїдне мислення; з) показує приховане або навіть відкрито недовірливе відношення, що відображає маячні переконання, помітно при інтерв'ю і в поведінці.
Ідеї величі	а) надмірна зарозумілість і нереалістичне почуття переваги; б) деяка експансивність або хвастощі; з) періодичні чіткі ідеї величі, які впливають на поведінку.
Порушення перцепції/галюцинації	а) незвичайні перцептивні переживання. Посилене або притуплене сприйняття, яскраві чуттєві образи, спотворення, ілюзії; б) псевдогалюцинації або галюцинації, всередині яких суб'єкт має усвідомлення (тобто критично усвідомлює їх аномальну природу); з) іноді розгорнуті галюцинації, які можуть незначно впливати на мислення та поведінку.
Концептуальна дезорганізація	а) незвичайний процес мислення і мови. Розпливчастий, метафоричний, громіздкий, стереотипний; б) нецілеспрямоване, непослідовне мислення, прискорення або уповільнення думок. Іноді, неправильне називання предметів. Розмова про речі, що не мають ніякого відношення до контексту або втрата нитки бесіди; з) мислення абстрактне, ґрунтовне, паралогічне. Труднощі в послідовності мислення і досягненні кінцевої мети бесіди; д) розпушення асоціацій може бути в мові, роблячи її незрозумілою.

Таблиця 2.5

Шкала негативних симптомів SOPS та їх інтерпретація

Симптом	Інтерпретація
1	2
Соціальна ізоляція та усамітнення	а) відсутність близьких друзів або близьких людей, крім родичів першого ступеня споріднення; б) надмірна соціальна тривога не зменшується при знайомстві і більше асоційована з параноїдними страхами, а не з негативними думками про себе; з) відчуває незручність в присутності інших і вважає за краще самотність, хоча

Продовження табл.2.5

1	2
	бере участь у соціальній діяльності, коли потрібно. Не ініціює контакти; d) пасивно займається соціальною діяльністю, без інтересу або механічно. Прагне відійти на задній план.
Зниження енергії, волі	a) порушення ініціативи, наполегливості і цілеспрямованої діяльності; b) втрата азарту (драйву), енергії, продуктивності; з) відчуття втрати інтересу, все робиться через силу і потребує більше часу.
Зниження виразності емоцій	a) сплюснення, звуження, зниження емоційного відгуку, що характеризується зниженням фактичної вираженості, модуляції почуттів (монотонна розмова) і жестикуляції (сумний вид); b) недостатність спонтанності і плавності плину бесіди. Мала ініціатива при розмові. Відповіді пацієнта короткі, односкладові, вимагають напряду та уточнення з боку інтерв'юера; з) малозмістовна бесіда. Брак міжособистісної емпатії, відкритості в розмові, почуття близькості, інтересу та залучення в бесіду. Це свідчить про міжособистісне дистанціювання і зниження комунікації.
Зниження переживання емоцій та самого себе	a) емоційний досвід і почуття позбавлені розпізнавання, істинності, відповідності; b) наявність почуття дистанції в розмові з іншими, відсутність тривалого чуттєвого контакту з іншими; з) емоційне «зникнення», труднощі відчуття щастя і смутку; d) відчуття, що немає емоцій: ангедонія, апатія, втрата інтересу, нудьга; e) відчуття глибоких змін, нереальності або дивацтва; f) почуття деперсоналізації, дистанціювання від себе; g) втрата відчуття самого себе.
Збіднення змісту мислення	a) труднощі абстрактного мислення. Порушення абстрактно-символічного способу мислення, що проявляється у труднощах класифікації, формування узагальнень і продовжується в конкретному або егоцентричному мисленні при вирішенні проблемних задач. Часто використовується конкретний спосіб; b) використання простих слів та простих речень. Брак складних мовних зворотів; з) стереотипне мислення. Брак плавності, спонтанності і гнучкості мислення, що проявляється в ригідності, повторюваності, безплідності змісту мислення. Деяка жорсткість у відносинах або переконаннях. Може відмовитися від розгляду альтернативної позиції або має труднощі перемикавання з однієї думки на іншу; d) у якості слухача не в змозі осмислити знайомі фрази або зрозуміти суть розмови, або слідувати наміченим курсом.
Погіршення рольового функціонування	a) труднощі виконання рольових функцій (найманий робітник, студент, домогосподарка), які раніше не викликали проблем; i) наявність труднощів продуктивних взаємин з колегами.

Таблиця 2.6

Шкала симптомів дезорганізації SOPS та їх інтерпретація

Симптом	Інтерпретація
1	2
Незвичайна поведінка та зовнішній вигляд	a) поведінка, що є дивною, ексцентричною, своєрідною (збір сміття, розмова на людях з самим собою, накопичення їжі). Заклопотаність очевидними внутрішніми подразниками; b) невідповідний / неадекватний афект; з) манірність і позерство. Ненатуральні рухи і пози характеризуються незручністю, неприродністю, дезорганізованістю, дивним зовнішнім виглядом

Продовження табл.2.6

1	2
Чудернацьке мислення	а) мислення характеризується дивними, фантастичними чи химерними ідеями, які спотворені, алогічні або явно абсурдні.
Проблеми з фокусуванням та увагою	а) відмова від цілеспрямованої активності, що виявляється слабкою концентрацією, відволіканням від внутрішніх і зовнішніх подразників; б) труднощі у підтримуванні або переміщенні фокусу уваги на нові стимули; з) легко викликати неуважність; д) проблеми, пов'язані із збереженням розмови в пам'яті.
Порушення особистої гігієни / соціальна неуважність	а) порушення особистої гігієни та догляду за собою. Зневага до себе; б) соціальна незалученість. Дивиться в бік, здається «стороннім» або відчуженим. Різно припиняє розмову без видимої причини.

Таблиця 2.7

Шкала загальних симптомів SOPS та їх інтерпретація

Симптом	Інтерпретація
Розлади сну	а) наявність проблем з засипанням; б) ранні пробудження і неможливість знову заснути; з) втома вдень і сонливість протягом дня; д) плутає день з ніччю.
Дисфоричний настрій	а) знижений інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення; б) проблеми зі сном; з) зниження апетиту; д) відчуття втрати енергії; е) труднощі концентрації уваги; ф) суїцидальні думки; г) почуття нікчемності / марності і / або провини, та /або один і більше з наступного: - тривога, паніка, генералізовані страхи або фобії; - дратівливість, ворожість, гнів; - невгамовність, метушливість, ажитація; - нестійкий настрій.
Порушення моторики	а) повідомляє або спостерігає за собою незграбність, брак координації, труднощі виконання діяльності, яка раніше виконувалася без проблем; б) поява нових, невластивих раніше рухів, таких як стереотипні рухи, рухи, що характеризують «нервові звички», прийняття певних поз копіювання або інших людей; з) блокада моторики; д) втрата автоматичних навичок; е) компульсивні рухові ритуали.
Зниження толерантності до звичайного стресу	а) уникає або виснажений стресогенною ситуацією, яка раніше б легко переносилась; б) відзначаються симптоми тривоги у відповідь на щоденний стрес; з) швидко афектується в тих ситуаціях, які раніше легко долав. Більш важко пристосовується.

Кожен симптом шкали SOPS оцінювався, у відповідності за наступними критеріями:

- для позитивних симптомів: 0 – симптом відсутній; 1 – наявність симптому сумнівна; 2 – легкий ступінь вираженості симптому; 3 – помірний ступінь

вираженості; 4 – середній ступінь вираженості; 5 – симптом виражений на психотичному рівні; 6 – симптом сильно виражений на психотичному рівні;

- для негативних симптомів, симптомів дезорганізації і загальних симптомів: 0 – симптом відсутній; 1 – наявність симптому сумнівна; 2 – легкий ступінь вираженості симптому; 3 – помірний ступінь вираженості; 4 – середній ступінь вираженості; 5 – симптом сильно виражений; 6 – екстремально виражений.

Зазначені оцінки фіксуються у сумарній таблиці. Після заповнення таблиці, в ній підраховується сума балів по кожній групі симптомів – А, В, С і D. Після чого підсумовуються отримані чотири величини у показник загального симптоматичного навантаження на продром хворих з АР ППЕ.

При заповненні шкали лікуючий лікар використовує інформацію, отриману від пацієнта, членів сім'ї, медичних працівників, з медичної документації.

Індивідуальна інтерпретація шкали SOPS проводилася за загальним значенням вираженості кожної групи (А, В, С і D) симптомів і вираженості окремих симптомів всередині кожної групи. Результати цієї інтерпретації враховувалися при наданні оцінки продрому хворого з АР ППЕ та розробки індивідуальної програми терапії.

Групова інтерпретація виражалась у відсотку хворих з різним рівнем вираженості окремих симптомів груп А, В, С і D (від легкого ступеня вираженості симптому - до вираженості на психотичному (екстремальному) рівні).

Оцінка загальної вираженості груп (А, В, С і D) симптомів представлялась у середньоарифметичному вигляді (від 0 до 6 балів).

Результати групової інтерпретації шкали SOPS використовувались при вивченні клініко-психопатологічних особливостей АР ППЕ хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ в продромі хвороби.

2.4.4 Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS).

Для оцінки вираженості депресивних розладів і визначення їх основних клінічних проявів у хворих з АР ППЕ з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ на стадії маніфестації та ремісії психозу була використана Шкала Гамільтона (HDRS) [241].

Оцінка основних симптомів депресії шкали М. Гамільтона (HDRS) проводилась лікарем-психіатром в процесі проведення структурованого інтерв'ю хворих з АР ППЕ.

При цьому кожна з представлених нижче ознак (симптомів депресивного розладу) шкали HDRS оцінювалась від 0 до 4-х балів (від відсутності симптому до максимально важкого ступеня його вираженості):

1. Рівень депресивного настрою;
2. Вираженість почуття провини;
3. Суїцидальні наміри;
- 4-6. Вираженість раннього, середнього та пізнього безсоння;
7. Працездатність і активність;
8. Рівень загальмованості;
9. Характер ажитації;
- 10-11. Рівень психічної і соматичної тривоги;
12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми;
13. Загальні соматичні симптоми;
14. Генітальні симптоми;
15. Вираженість іпохондричних еквівалентів депресії;
16. Втрата маси тіла;
17. Критичність до хвороби;
18. Добові коливання настрою;
19. Вираженість деперсоналізації та дереалізації;
- 20-21. Вираженість параноїдних і obsесивно – компульсивних симптомів.

В процесі інтерпретації шкали HDRS, при оцінці тяжкості депресії використовувались такі критерії:

- 1) відсутність депресії (від 0 до 7 балів);
- 2) малий депресивний епізод (від 7 до 16 балів);
- 3) великий депресивний епізод (понад 16 балів);

4) крайній ступінь тяжкості депресії (понад 52 балів).

У процесі дослідження проводилась індивідуальна і групова інтерпретація шкали Гамільтона HDRS. Індивідуальна інтерпретація проводилась за значенням вираженості кожної клінічної ознаки депресивного розладу хворого АР ППЕ. Результати цієї інтерпретації враховувались при оцінці клініко-патопсихологічних особливостей хворого з АР ППЕ та розробки індивідуальної програми терапії.

Групова інтерпретація шкалою HDRS проводилась за сукупністю значень вираженості кожної клінічної ознаки депресивного розладу хворих АР ППЕ в групах хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ. Результати цієї інтерпретації виражались в середній величині (M) та середньоквадратичному відхиленні (σ).

2.4.5 Шкала Гамільтона для оцінки тривоги HARS

З метою оцінки вираженості тривожної симптоматики та її динаміки у хворих з АР першого психотичного епізоду ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ на стадії маніфестації та ремісії психозу була використана шкала Гамільтона HARS [91].

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги складається з чотирнадцяти пунктів (симптомів) (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Пункти шкали HARS та їх ознаки

Пункти (симптоми)	Ознаки
1	2
Тривожний настрій	Очікування гіршого, тривожні очікування та ін.
Напруженість	Відчуття напруження, здригання, тремтіння, плаксивість, нездатність розслабитись

Продовження табл.2.8

1	2
Страхи	Страхи
Інсомнія	Утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни
Когнітивні порушення	Ускладнена концентрація уваги, погіршення пам'яті
Депресивний настрій	Депресивний настрій
Соматичні м'язові симптоми	Болі, посмикування, напруга, судоми, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус
Соматичні сенсорні симптоми	Дзвін у вухах, нечіткість зору, припливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання і т. д.
Серцево-судинні симптоми	Тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах і т. д.
Респіраторні симптоми	Тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання і т. д.
Гастроінтестинальні симптоми	Утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювота, гурчання у животі, діарея, запори, зниження ваги тіла і т. д.
Сечостатеві симптоми	Часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція
Вегетативні симптоми	Вегетативні симптоми
Поведінка при розмові	Непосидючість на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини, блідість обличчя, розширення зіниць, екзофтальм, жваві сухожилльні рефлексії і т. д.

По кожному пункту шкали встановлювалися наступні оцінки:

0 балів – відсутність ознаки»;

1 бал – «слабкий ступінь вираженості»;

2 бали – «помірний ступінь»;

3 бали – «важкий ступінь»;

4 бали – «дуже важкий ступінь вираженості».

Бальні показники по кожному пункту шкали HARS заздалегідь занесені в реєстраційний бланк, досліднику необхідно тільки обвести потрібну оцінку вираженості по кожному пункту.

Індивідуальна інтерпретація шкали Гамільтона HARS проводилася за значенням вираженості кожної клінічної ознаки тривоги хворого АР ППЕ.

Результати цієї інтерпретації враховувалися при оцінці клініко-патопсихологічних особливостей хворого з АР ППЕ та розробки індивідуальної програми терапії.

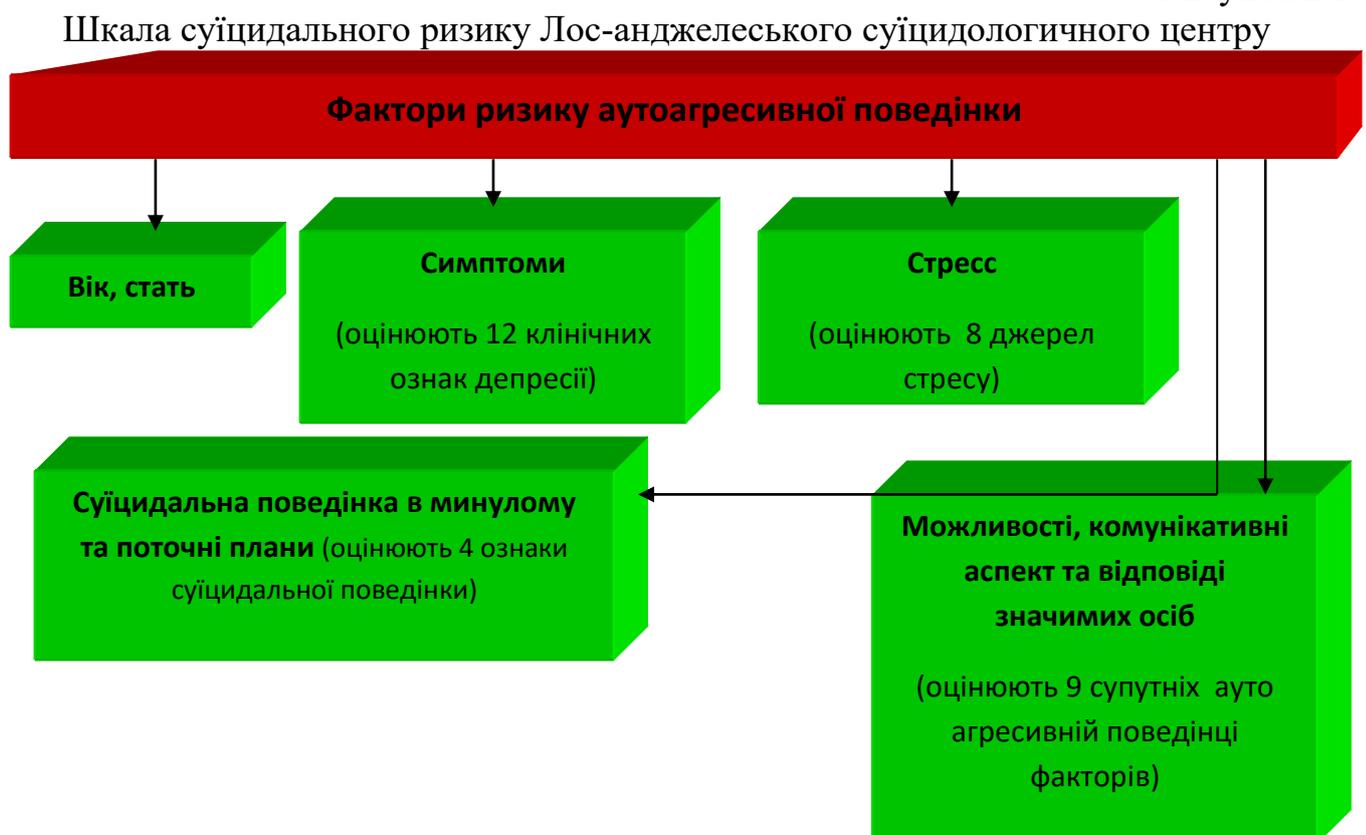
Групова інтерпретація шкали HARS проводилась за сукупністю значень вираженості кожної клінічної ознаки тривоги хворих АР ППЕ в групах хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ. Результати цієї інтерпретації виражались в середній величині (M) та середньоквадратичному відхиленні (σ).

2.4.6 Шкала суїцидального ризику.

У цьому дослідженні оцінка суїцидального ризику хворих з АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ на стадії маніфестації та ремісії психозу була проведена за допомогою шкали суїцидального ризику Лос-анджелеського суїцидологічного центру [139].

В процесі тестування, за шкалою Лос-анджелеського суїцидологічного центру, лікарем-психіатром, по дев'ятибальній системі, проводилась оцінка вираженості п'яти прогностично важливих факторів ризику аутоагресивної поведінки (рис. 2.1).

Рисунок 2.1



По закінченню оцінювання факторів ризику аутоагресивної поведінки проводилась статистична обробка даних по кожному прогностичному фактору.

Результати по кожному фактору даної шкали підсумовувались в загальну оцінку суїцидального ризику, після чого проводилась індивідуальна і групова інтерпретація суїцидального ризику обстежуваних за такими критеріями:

оцінка до 123 балів – низький рівень суїцидального ризику;

оцінка від 124 до 456 балів – середній рівень суїцидального ризику;

оцінка від 457 до 789 і вище – високий рівень суїцидального ризику.

В індивідуальній інтерпретації результатів Лос-анджелеської школи враховувалась ступінь вираженості суїцидального ризику по кожному хворому з АР ППЕ. Згідно вираженості суїцидального ризику здійснювалась терапія суїцидальної поведінки.

Групова інтерпретація результатів шкали суїцидального ризику здійснювалась за середньоарифметичним значенням цієї шкали у хворих з АР в групах хворих ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

2.4.7 Шкала глобального функціонування GAF.

З допомогою шкали глобального функціонування GAF в даній роботі була оцінена здатність хворих АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ до повсякденного соціально-побутового функціонування [130, 233].

Шкала GAF складається з 10 пунктів, кожному пункту присвоюється діапазон балів і дається опис особливостей соціально-побутового функціонування:

1 пункт. Симптоми відсутні, чудове функціонування в широкому діапазоні сфер; життєві проблеми не виходять з-під контролю; інші люди шукають спілкування з індивідом з-за його душевної теплоти і цілісності натури (100-91 бал).

2 пункт. Симптоми відсутні або мінімальні (наприклад, помірна тривожність перед іспитами), зберігається хороше функціонування, соціальна ефективність і задоволеність життям; повсякденні турботи лише в рідкісних випадках виходять з під контролю (наприклад, періодично виникають сварки в сім'ї) (90-81 бал).

3 пункт. Якщо симптоми присутні, то вони короточасні і є очікуваною реакцією на психосоціальний стрес (наприклад, труднощі з концентрацією уваги після сімейної сварки); не більше ніж слабке погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (наприклад, тимчасова затримка в розвитку) (80-71 бал).

4 пункт. Деякі слабо виражені симптоми (наприклад, депресивний настрій і помірне безсоння) або деякі труднощі в соціальній і професійній сфері (наприклад, періодичні прогули в школі, інституті, на роботі, крадіжки з будинку). Як правило, функціонування досить гарне; індивід має осмислені міжособистісні взаємини (70-61 бал).

5 пункт. Помірні симптоми (наприклад, сплочений афект і патологічна докладність, раптові панічні атаки) або помірне затруднення в соціальній і професійній сфері (наприклад, друзів небагато, конфлікти з ровесниками та колегами по роботі) (60-51 бал).

6 пункт. Серйозні симптоми (наприклад, суїцидальні ідеї, яскраво виражені обсессивні ритуали, часті крадіжки з магазинів) або серйозне погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (наприклад, повна відсутність друзів, нездатність збереження робочого місця) (50-41 бал).

7 пункт. Виражене погіршення в різних сферах, таких як робота, сімейні стосунки, розважливість, мислення, настрої (наприклад, депресивна жінка уникає друзів; нехтування сім'єю; нездатність виконувати роботу), або деяке ослаблення в оцінці реальності або спілкуванні (наприклад, мова часом незрозуміла, нелогічна або не відноситься до справи), або одинична серйозна суїцидальна спроба (40-31 бал).

8 пункт. Поведінка значною мірою визначається маревними ідеями і галюцинаціями, або значне утруднення в спілкуванні, критики (наприклад, часом беззмістовний, здійснює грубо неадекватні вчинки, суїцидальна налаштованість), або нездатність функціонувати в більшості сфер (наприклад, індивід цілими днями лежить в ліжку, безробітний, бездомний) (30-21 бал).

9 пункт. Потребує спостереження для запобігання нанесення шкоди собі чи оточуючим (суїцидальні спроби, результат яких невизначений, агресивність, маніакальне збудження) або для підтримання мінімальної особистої гігієни (забруднений фекаліями) (20-11 бал).

10 пункт. Потребує постійного спостереження протягом декількох днів для запобігання нанесення шкоди собі або іншим, або не здатний підтримувати особисту гігієну, або в анамнезі серйозна суїцидальна спроба з можливим смертельним наслідком (10-1 бал).

В процесі спостереження, проведення опитування родичів і товаришів по службі по роботі, проведення структурованого інтерв'ю пацієнта, лікар-психіатр співвідносить пацієнта до одного з діапазонів і виставляє оцінку в балах.

Інтерпретація шкали глобального функціонування GAF наступна:

- 1) високий рівень соціального функціонування – понад 60 балів;
- 2) середній рівень соціального функціонування – 40-60 балів;
- 3) низький рівень соціального функціонування – менше 40 балів.

В індивідуальній інтерпретації результатів шкали глобального функціонування враховувалась вираженість соціально-побутового функціонування по кожному хворому АР ППЕ.

Групова інтерпретація результатів шкали GAF проводилась за середньоарифметичним значенням вираженості функціонування в групах хворих АР першого психотичного епізоду при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

2.5 Психодіагностичні методи.

2.5.1 Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ).

З метою діагностики типу психологічного ставлення хворих АР першого психотичного епізоду до хвороби та її лікування, до медперсоналу, рідних, оточуючих, роботи, самотності і майбутнього, а також до своїх вітальних функцій, у

дослідженні був використаний особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ) [81].

Діагностуємі типи психологічного відношення в опитувальнику ООБІ представлені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Тип відношення до хвороби та лікування в опитувальнику ООБІ та його інтерпретація

Тип відношення до хвороби та лікування	Інтерпретація
1	2
Гармонійний (Г)	Твереза оцінка свого стану без перебільшення його тяжкості, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення сприяти лікуванню. Небажання обтяжувати інших. У разі інвалідизації переключення інтересів на доступні хворому області життя
Тривожний (Т)	Занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і небезпеки лікування. Пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хвороби, ймовірні ускладнення, методи лікування, пошук «авторитетів». В настрої тривожність і пригніченість
Іпохондричний (И)	Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб. Поєднання бажання лікуватися і невіри в успіх, вимог ретельного обстеження і боязні шкоди процедур
Меланхолійний (М)	Пригніченість хворобою, невіра в одужання, поліпшення стану, в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок
Апатичний (А)	Повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало
Неврастенічний (Н)	Спалахи роздратування при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Роздратування, як правило, завершується каяттям і сльозами. Непереносимість больових відчуттів. Нетерплячість
Обсесивно-фобічний (О)	Тривожні сумніви з приводу реальних побоювань, малоімовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, малообгрунтованих невдач в житті, роботі, сімейної ситуації у зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хворого турбують більш ніж реальні. Ритуальні дії в поведінці, як засіб захисту від тривоги
Сензитивний (С)	Заклопотаність про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про свою хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо до нього ставитись, розпускати плітки про хвороби. Боязнь стати тягарем для близьких із-за хвороби і недобррозичливого їх ставлення
Егоцентричний (Я)	«Втеча у хворобу». Виставлення напоказ близьким і оточуючим своїх страждань і переживань з метою заволодіти їх увагою. Вимога виняткової турботи. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою винятковість у зв'язку з хворобою
Ейфорійний (Ф)	Необгрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Зневага, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що «саме все обійдеться». Легкість порушень режиму, навіть якщо ці порушення несприятливо позначаються на перебігу хвороби

Продовження табл. 2.9

1	2
Анозогностичний (З)	Відкидання думки про наявність хвороби, про можливі її наслідки. Заперечення проявів хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження і лікування
Ергопатійний (Р)	«Втеча від хвороби в роботу». При наростанні тяжкості хвороби і її наслідків хворі продовжують роботу. Працюють з більшим завзяттям, ніж до хвороби, роботі віддають весь час, намагаються лікуватися так, щоб це залишало можливість для продовження роботи
Паранойальний (П)	Впевненість, що хвороба - результат чийогось злого наміру. Підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злему наміру медперсоналу

У одного пацієнта можливою є наявність кількох типів відношення до хвороби, в цьому випадку мова йде про змішані типи.

При проведенні дослідження хворому вручалась брошура з текстом опитувальника і реєстраційний бланк. В реєстраційному аркуші пацієнт обводив номери вибраних суджень (від 1 до 3 виборів). Якщо жодне з визначень не підходило, обводився символ «0». Число нулів і незаповнених граф в сумі не повинно було перевищувати трьох.

Розкодування виборів здійснювалося за допомогою графіка, де по осі абсцис були позначені символи типів, а по осі ординат відкладені хрестиками бали (кількість виборів). Кожен символ літери у графі «Бали для розкодування» відповідав 1 балу на користь відповідного типу. Два і більше символи за один вибір означали, що по одному балу нараховується на кожен з цих типів. Здвоєні символи означали, що на користь цього типу нараховується по два бали.

Після побудови графіка діагностика типу ВКХ здійснювалася у відповідності з наступними правилами:

- діагностувалися лише типи, щодо яких було набрано таке число балів, яке досягає або перевищує мінімальне діагностичне число для даного типу;
- якщо мінімальне діагностичне число досягнуте або перевищено у відношенні декількох типів, діагностується 2-3 типу, де перевищення найбільш велике. Якщо ж цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується;

- гармонійний тип діагностується тільки, якщо згідно правил 1 і 2 не діагностується ніякий інший тип.

Індивідуальна інтерпретація особистісного опитувальника Бехтеревського інституту (ООБІ) проводилася за значенням вираженості провідних типів ВКХ та їх поєднань у кожного хворого з АР ППЕ.

Групова інтерпретація виражалась у відсотку хворих з різним типом ВКХ у хворих АР ППЕ з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

2.5.2 Методика діагностики соціально-психологічної адаптації.

В даній роботі методика діагностики адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда використовувалась для виявлення особливостей соціально-психологічної адаптації-дезадаптації хворих з АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ [167].

Методика складається з 101 судження, з яких 37 суджень відповідають критеріям соціально-психологічної адаптованості особистості пацієнта, 37 суджень - критеріями його дезадаптованості і 26 суджень є нейтральними, в їх число включена і шкала брехні.

В процесі проведення тестування пацієнт оцінює кожне висловлювання методики по 5-ти бальній системі:

- «0 балів» - це мене зовсім не стосується;
- «1 бал» - мені це не властиво в більшості випадків;
- «2 бали» - сумніваюся, що це можна віднести до мене;
- «3 бали» - не наважуюся віднести це до себе;
- «4 бали» - це схоже на мене, але немає впевненості;
- «5 балів» - це на мене схоже;
- «6 балів» - це точно про мене.

При інтерпретації всі висловлювання групуються по 6 факторів, що відповідають критеріям адаптованості і дезадаптованості: 1) прийняття – неприйняття себе; 2) прийняття інших – конфлікт з іншими; 3) емоційний комфорт – емоційний дискомфорт; 4) очікування внутрішнього контролю – очікування

зовнішнього контролю; 5) домінування – керованість; 6) відхід/втеча від проблем (табл. 2.10).

Коефіцієнт соціально-психологічної адаптованості хворих обчислювався за сумою позитивних (i/+/) висловлювань, розсортованих на 5, 6, 7 позиції, і негативних (i/-/) потрапили у позиції 1, 2, 3.

Коефіцієнт соціально-психологічної дезадаптованості розраховується як сума позитивних висловлювань (i/+/), розподілених на 1, 2, 3 позиції, і негативних (i/-/), що посіли 5, 6, 7 позиції шкали.

Таблиця 2.10

Фактори та розрахунок показників методики діагностики соціально-психологічної адаптації

№	Фактор	Розрахунок показників	Норми	
1	a	Адаптивність	$A=[a/(a+b)] \times 100\%$	68-136
	b	Дезадаптивність		68-136
2	a	Брехливість «↔» «+»		18-36
3	a	Прийняття себе	$S=[a/(a+b)] \times 100\%$	22-42
	b	Неприйняття себе		14-28
4	a	Прияття інших	$L=[1,2a/(1,2a+b)] \times 100\%$	12-24
	b	Неприйняття інших		14-28
5	a	Емоційний комфорт (оптимізм, врівноваженість)	$E=[a/(a+b)] \times 100\%$	14-28
	b	Емоційний дискомфорт (тривожність, занепокоєння або апатія)		14-28
6	a	Внутрішній контроль (орієнтація на те, що досягнення життєвих цілей залежить від себе самого, особиста відповідальність і компетентність)	$I=[a/(a+1,4b)] \times 100\%$	26-52
	b	Зовнішній контроль (розрахунок на поштовх і підтримку ззовні, пасивність у вирішенні життєвих завдань)		18-36
7	a	Домінування	$D=[2a/(2a+b)] \times 100\%$	6-12
	b	Залежність від інших		12-24
8		Ескапізм (втеча від проблем)		10-20

Результати «до» нормативних показників інтерпретуються як надзвичайно низькі, а «після» найвищого нормативного показника – як високі (табл. 2.2).

У дослідженні інтерпретація методу діагностики соціально-психологічної адаптації проводилась як на індивідуальному, так і на груповому рівні.

Індивідуальна інтерпретація проводилась за значенням вираженості кожного фактору соціально-психологічної адаптації хворих АР ППЕ. Результати цієї інтерпретації використовувались в розробці індивідуальних програм терапії хворих з АР при ППЕ.

Групова інтерпретація методики діагностики адаптації виражалась у відсотку хворих АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ з різною вираженістю факторів соціально-психологічної адаптації.

2.5.3 Характерологічний опитувальник К. Леонгарда - Г. Шмішека.

В представленій роботі для виявлення особистісних особливостей характеру і афективного реагування (темпераменту) хворих АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ був використаний опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека [141].

В процесі обстеження пацієнт відповідав «так» або «ні» на 88 питань характерологічного опитувальника. Після опитування, за допомогою «ключів» проводилась обробка відповідей та визначення вираженості 10-ти акцентуацій характеру (таб. 2.11).

Таблиця 2.11

Шкали опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека та їх інтерпретація

Шкала	Інтерпретація
1	2
1. шкала	Гіпертимна акцентуація (енергійність, жага діяльності, загострене почуття нового, невичерпний оптимізм, легковажність, схильність до аморальних вчинків, дратівливість, прожектерство, недостатньо серйозне ставлення до обов'язків). Високі оцінки свідчать про постійно підвищений настрій
2. шкала	Емотивна акцентуація (безкорисливість, співчуття, співпереживання, жалісливість, радість за чужі успіхи, почуття обов'язку, старанність, крайня чутливість, слізливість)
3 шкала	Тривожна акцентуація (добррозичливість, самокритичність, старанність, беззахисність, нерішучість, орієнтація на запобігання невдачі, ніж на досягнення успіху, схильність до страхів, високий рівень тривожності)

4 шкала	Демонстративна акцентуація (ввічливість, наполегливість, цілеспрямованість, акторські здібності, здатність вести інших за собою, неординарність, егоїзм, неприборканість вчинків, брехливість, хвалькуватість, ухилення від роботи). Високі оцінки за цією шкалою говорять про підвищену здатність до витіснення, демонстративності поведінки
5 шкала	Дистимічна акцентуація (серйозність, висока моральність, добросовісність, справедливість, пасивність, сповільненість мислення, відрив від колективу, знижений настрій, фіксація на похмурих сторонах життя, ідеомоторна загальмованість)
6 шкала	Афективно-ригідна акцентуація (прагнення досягти високих показників у будь-якій справі, прояв високих вимог до себе, прагнення справедливості, образливість, легка вразливість, підозрілість, мстивість, честолюбство, заздрість, непомірність вимог до оточуючих, надмірна стійкість афекту із схильністю до формування надцінних ідей)
7 шкала	Педантична акцентуація (сумлінність, акуратність, надійність у справах і почуттях, рівний настрій, серйозність, формалізм, занудливість, прагнення перекласти прийняття важливого рішення на інших). Високі показники свідчать про ригідність, інертність психічних процесів, про довге переживання травмуючих подій
8 шкала	Циклотимна акцентуація (у період підйому настрою - веде себе як гіпертимна особистість, в період спаду - як дистимічна)
9 шкала	Збудлива акцентуація (дратівливість, запальність, неадекватні спалахи гніву та люті, жорстокість, імпульсивність, ослаблення контролю над потягами і спонуканнями)
10 шкала	Афективно-екзальтована акцентуація (безкорисливість, співчуття, художній смак, артистизм, яскравість і щирість почуттів, надмірна вразливість, необґрунтована схвильованість, схильність до відчаю, схильність до паніки, великий діапазон емоційних станів від печалі до радості)

Максимальна сума балів по кожній шкалі - 24 бали.

Сума балів в діапазоні від 15 до 19 балів свідчить про тенденції до акцентуації;

Сума понад 19 балів – свідчить про акцентуації характеру.

Індивідуальна інтерпретація опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека проводилась за значенням вираженості кожної шкали опитувальника.

Групова інтерпретація характерологічного опитувальника проводилась по середньоарифметичному значенню вираженості кожної шкали і процентним співвідношенням тієї чи іншої акцентуації характеру від чисельності хворих з АР ППЕ в групах з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

2.6. Методи статистичної оцінки отриманих даних.

З метою статистичної обробки і аналізу результатів клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, катамнестических досліджень у цій науково-дослідній роботі використовувались: середня величина (M), помилка середньої величини (m), середнє квадратичне відхилення (σ), показник відмінності (p), коефіцієнт кореляції (r). Оцінка відмінності відносних величин (t) здійснювалася з використанням таблиці Стьюдента-Фішера [5].

Обчислення проводили на персональному комп'ютері PC Pentium з використанням програм «Statistica for Windows», «SPSS for Windows».

РОЗДІЛ 3
ОСНОВНІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ
АР ППЕ, ЇХ ДИНАМІКА (НА СТАДІЇ ПСИХОЗУ, В ПРОДРОМІ ТА
РЕМІСІЇ) ТА СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ХВОРИХ
З ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНИМ ТА
ШИЗОАФЕКТИВНИМ ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1 Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ та суїцидальний ризик на стадії психозу у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним і шизоафективним психотичними розладами.

У вивченні клініко-психопатологічних проявів АР ППЕ брало участь 147 хворих:

- 34 пацієнта з діагнозом ГППРбСШ (F23.0);
- 37 пацієнтів з ГППРзСШ (F23.1);
- 40 пацієнтів з ГШПР (F23.2);
- 36 пацієнта з ГШРЗТ (F25.2).

У цього контингенту хворих, при вивченні клінічних проявів афективних розладів у період маніфестації ППЕ, використовувались: клініко-психопатологічний метод з заповненням індивідуальної карти обстеження пацієнта з першим психотичним епізодом, шкала оцінки позитивної та негативної симптоматики PANSS, Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS), шкала суїцидального ризику (Лос-анджелеського суїцидологічного центру) [91, 100, 131, 139, 228, 241, 306].

У дослідженні за допомогою клініко-психопатологічного методу були вивчені основні синдромальні прояви маніакальних і депресивних розладів при АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Результати цього вивчення представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Синдромальні варіанти
маніакальних і депресивних розладів при АР у хворих з ППЕ

Синдромальні варіанти маніакальних і депресивних розладів	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРБСШ (n=34)	ГППРЗСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
Гнівлива манія	-	2,7±0,8	5,0±1,0	22,2±2,5**
Весела манія	2,9±0,8	2,7±0,8	-	5,6±1,2
Манія зі скачкою ідей (сплутана манія)	2,9±0,8	5,4±1,2	-	-
Експансивна манія	20,6±1,9*	-	10,0±1,7	5,6±1,2
Тужливо-адинамічна (тужлива) депресія	11,9±1,3	2,7±0,8	5,0±1,0	30,6±3,3**
Апато-адинамічна депресія	2,9±0,8	-	2,5±0,7	2,8±0,9
Анестетична (деперсоналізаційна) депресія	5,9±0,9	18,9±2,3*	10,0±1,7	5,6±1,2
Тривожна депресія	8,8±1,1	32,4±3,2**	2,5±0,7	2,8±0,9
Обсесивна депресія	-	2,7±0,8	-	-
Істерична депресія	-	-	-	-
Сенесто-іпохондрична депресія	2,9±0,8	8,1±1,4	22,5±2,7**	8,3±1,4
Соматовегетативна депресія	29,4±2,7**	5,4±1,2	2,5±0,7	5,6±1,2
Астено-іпохондрична депресія	5,9±0,9	5,4±1,2	-	-
Астено-анергічна (психастенічна) депресія	2,9±0,8	-	2,5±0,7	-
Дисфорична депресія	2,9±0,8	13,5±1,9	37,5±3,9**	11,1±1,7

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами дослідження основних синдромальних проявів маніакальних і депресивних розладів при АР ППЕ, представлених у таблиці 3.1, у хворих з ГППРБСШ афективні розлади проявлялися у формі експансивної манії, соматовегетативної і тужливо-адинамічної депресії. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є прояви АР ППЕ у формі:

- експансивної манії (у 20,6% випадків, при $p < 0,05$) з вираженим прискоренням перебігу психічних процесів, надцінними і маячними ідеями величі, надмірним прагненням до різних видів діяльності. Хворі з цією

формою маніакального розладу надмірно заклопотані, безтурботно ставляться до своїх можливостей і зобов'язань, не дотримують слова, витрачають гроші на непотрібні покупки, втягуються в різні афери і сумнівні проекти. Діяльність таких хворих вкрай неефективна, мислення і поведінка – поверхові і непослідовні, критика до вчинків і хвороби відсутній.

- соматовегетативної депресії (у 29,4% випадків, при $p < 0,01$), при якій депресивний афект поєднується з різноманітними, важко переносимими і важко купіруемими вегетативними розладами з боку серцево-судинної, нервової, сечостатевої, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту і т. д. Депресивний афект не перевищує середнього ступеню вираженості і може проявлятися плаксивістю, не вираженим зниженням настрою, загальмованістю мислення, когнітивних функцій і рухової активності, не вираженою суїцидальною активністю та слабким почуттям провини. Як правило, вираженість соматовегетативних розладів зменшується з регресом депресивного настрою.

У хворих з ГППРзСШ афективні розлади проявлялись у формі тривожної, анестетичної (деперсоналізаційної) і дисфоричної депресій. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є прояви АР ППЕ у формі:

- тривожної депресії (в 32,4% випадків, при $p < 0,01$), при якій відзначається поєднання туги, пригніченості, ідеаторної і моторної загальмованості з вираженою тривогою. Посилення тривоги відбувається на тлі поглиблення депресивного настрою. У хворих з'являються різноманітні тривожні побоювання, переживання, що станеться щось страшне, незворотне, посилюється почуття власної винності, моторне занепокоєння, метушливість, формуються соматовегетативні розлади. Тривога може досягати рівня страху «насувається катастрофа» і супроводжуватись станом мовнорухового порушення. На тлі зниженого настрою, посилення страху, моторного занепокоєння, соматовегетативних розладів і відчуття насування лиха у хворих формується аутоагресивна поведінка;

- анестетичної (деперсоналізаційної) депресії (у 18,9% випадків, при $p < 0,05$) з тяжкими відчуттями «втрати почуттів», внутрішньої змінності, неможливістю емоційного реагування, з почуттям «емоційної спустошеності» на тлі вираженого зниження настрою, афекту туги з ідеями самозвинувачення, суїцидальними думками, деперсоналізацією, ідеаторною і руховою загальмованістю середнього ступеня вираженості, соматичними проявами депресії і згладженими добовими коливаннями настрою. Відчуття змінності торкались в першу чергу ідіаторного процесу («стали іншими») аж до відчуття «зникнення самого себе».

У хворих з ГШПР афективні розлади проявлялися у формі експансивної манії, дисфоричної, сенесто-іпохондричної і анестетичної депресій. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є прояв АР ППЕ у формі:

- дисфоричної депресії (у 37,5% випадків, при $p < 0,01$) зі зниженим настроєм, похмурістю, дратівливістю, злостивістю, похмурістю, прискіпливістю, конфліктністю, униканням спілкування, самотністю, добовими коливаннями настрою. Вираженість дисфоричних розладів безпосередньо залежить від глибини зниження настрою. Хворі були незадоволені собою і оточуючими, переживали нудьгу, безнадійність, відчували одноманітність життя, втрату почуття задоволення і зниження активності;

- сенесто-іпохондричної депресії (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$), при якій тужливий афект, пригніченість настрою поєднувалися з «болісними» відчуттями в різних частинах тіла з переконаністю пацієнтів в наявності у них важкого соматичного невиліковного захворювання. Сенестопатії локалізувались в різних ділянках тіла, всередині і на поверхні і проявлялись нестерпним відчуттям печії, розпирання, набухання, тиску, стиснення, перекручування, поколювання. Хворі були повністю зосереджені на своїх тілесних відчуттях, вони будували похмурі припущення щодо їх прогнозу, активно шукали допомоги у різних фахівців, вимагали різноманітних

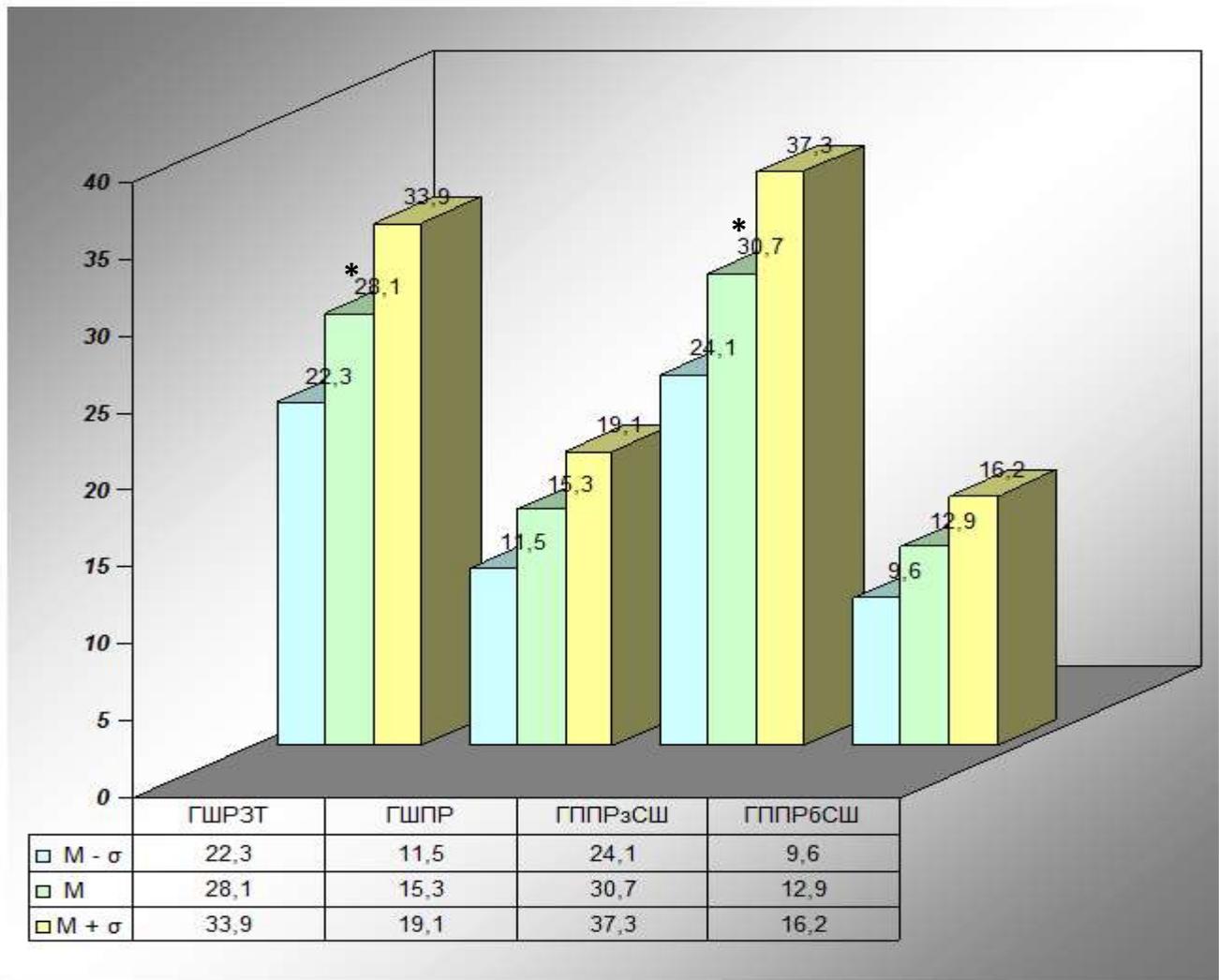
консультацій і додаткових діагностичних процедур. Хворі вважали, що страждають серйозною, невиліковною хворобою або наслідками наявної патології. На тлі поглиблення депресії, сенестопатичних відчуттів, ускладнення іпохондричних ідей у хворих формувалась аутоагресивна поведінка. Депресивна тріада характеризувалась дисгармонійністю з невеликою кількістю ідеаторних і нестійким моторним компонентами.

У хворих з ГШРСТ афективні розлади проявлялись у формі гнівливої манії, тужливо-адинамічною і дисфоричною депресіями. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є прояви АР ППЕ у формі:

- гнівливої манії (у 22,2% випадків, при $p < 0,01$), при якій маніакально-ейфоричний афект, надцінні і маревні ідеї величі поєднуються з невдоволенням, дратівливістю, запальністю, агресивністю, конфліктністю, неприйняттям загальноприйнятих законів і норм суспільного життя;

- тужливо-адинамічної депресії (у 30,6% випадків, при $p < 0,01$) з вираженою пригніченістю настрою, афектом туги, ідеями самозвинувачення, відчуттям «розбитості», «безсилля», ідеями меншовартості і фізичної неспроможності, зниженням динаміки мислення, суїцидальними тенденціями, вираженими соматичними ознаками депресії, добовими коливаннями настрою, переважанням адинамічних моторних порушень.

Оцінка тяжкості депресії і вираженості депресивної симптоматики у пацієнтів з АР ППЕ в групах хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ була проведена за допомогою Шкали Гамільтона HDRS (рисунок 3.1 таблиця 3.2) і Калгарійської шкали депресії CDSS (таблиця 3.3).



Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рис. 3.1. Тяжкість депресії при АРПЕ в групах хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Згідно з результатами, представленими на малюнку 3.1, в групі хворих АР ППЕ при ГППРбСШ вираженість депресивного розладу склала - $12,9 \pm 3,3$ бала [9,6-16,2 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону клінічних проявів малого депресивного епізоду.

У групі хворих АР ППЕ при ГППРзСШ вираженість депресивного розладу склала - $30,7 \pm 6,6$ бала [24,1-37,3 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону клінічних проявів великого депресивного епізоду.

У групі хворих АР ППЕ при ГШПР вираженість депресивного розладу склала - $15,3 \pm 3,8$ бала [11,5-19,1 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону клінічних проявів малого - великого депресивного епізоду.

У групі хворих АР ППЕ при ГШРЗТ вираженість депресивного розладу склала – $28,1 \pm 5,8$ бала [22,3-33,9 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає діапазону клінічних проявів великого депресивного епізоду.

Таблиця 3.2

Вираженість депресивної симптоматики у хворих АР ППЕ в групах хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ

Депресивна симптоматика	Вираженість депресивної симптоматики (М±σ балів)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
Депересивний настрій	1,2±0,4	3,2±0,6	1,6±0,4	2,9±0,9
Почуття провини	1,0±0,4	1,2±0,5	0,9±0,3	2,7±0,6**
Суїцидальні наміри	0,8±0,3	3,0±0,7	1,0±0,2	2,9±0,4
Раннє безсоння	0,7±0,3	1,2±0,2	0,9±0,2	1,3±0,3
Середнє безсоння	2,2±0,3*	1,1±0,3	1,0±0,3	1,2±0,2
Пізнє безсоння	0,8±0,4	3,0±0,6	1,1±0,4	3,2±0,4
Працездатність та активність	1,6±0,4	1,9±0,3	1,8±0,2	2,8±0,4*
Загальмованість	1,4±0,3	1,7±0,2	1,5±0,3	1,7±0,3
Ажитація	1,4±0,4	2,6±0,3*	1,4±0,3	1,5±0,2
Психична тривога	1,3±0,5	2,9±0,7*	1,6±0,3	1,5±0,4
Соматична тривога	2,8±0,7*	1,3±0,2	1,4±0,2	1,0±0,2
Шлунково-кишкові соматичні симптоми	2,1±0,4*	1,4±0,3	1,6±0,2	1,5±0,2
Генітальні симптоми	1,4±0,5	1,5±0,3	2,5±0,5*	1,5±0,2
Загальні соматичні симптоми	1,6±0,4	1,6±0,4	2,9±0,7*	1,8±0,3
Іпохондричні еквіваленти депресії	1,3±0,3	1,5±0,3	3,2±0,4**	1,4±0,4
Втрата маси тіла	1,4±0,2	1,6±0,4	1,5±0,3	2,7±0,3*
Критичність до хвороби	2,7±0,4	2,9±0,6	2,5±0,7	3,0±0,5
Добові коливання настрою	1,6±0,4	2,5±0,5	1,8±0,2	2,3±0,3
Деперсоналізація та дереалізація	0,8±0,2	3,3±0,5**	1,1±0,2	0,9±0,2
Параноїдні симптоми (конгруентні депресії)	0,7±0,3	1,2±0,1	0,8±0,2	1,2±0,2
Обсесивно–компульсивні с-ми	0,6±0,2	0,8±0,2	0,7±0,3	0,8±0,3

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими у таблиці 3.2, у хворих АР ППЕ при ГППРбСШ основною депресивною симптоматикою є: безсоння (часті пробудження серед ночі), зниження працездатності і активності, соматична тривога, шлунково-кишкові та загальносоматичні симптоми, зниження критики до хвороби, добові коливання настрою. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: шлунково-кишкові соматичні симптоми середнього ступеня вираженості ($2,1 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$), соматична тривога середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,8 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$), безсоння (часті пробудження серед ночі) до середнього ступеня вираженості ($2,2 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$).

У хворих АР ППЕ при ГППРзСШ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, суїцидальні наміри, пізні безсоння, зниження працездатності і активності, загальмованість, ажитація, психічна тривога, загальносоматичні симптоми, втрата маси тіла, відсутність критики до хвороби, добові коливання настрою, деперсоналізація і дереалізація. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: деперсоналізація і дереалізація важкого ступеня вираженості ($3,3 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$), психічна тривога середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,9 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$) і ажитація середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,6 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$).

У хворих АР ППЕ при ГШПР основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, зниження працездатності і активності, психічна тривога, шлунково-кишкові, генітальні та загальносоматичні симптоми, іпохондричні еквіваленти депресії, відсутність критики до хвороби, добові коливання настрою. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: іпохондричні еквіваленти депресії важкого ступеня вираженості ($3,2 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$), загальносоматичні ($2,9 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$) і генітальні симптоми ($2,5 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,05$) середньо-тяжкого ступеня вираженості.

У хворих АР ППЕ при ГШРЗТ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, почуття провини, суїцидальні наміри, пізнє безсоння, зниження працездатності і активності, загальмованість, загальносоматичні симптоми, втрата маси тіла, відсутність критики до хвороби, добові коливання настрою. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: зниження працездатності і активності середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,8 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$), почуття провини середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,7 \pm 0,6$ бала, при $p < 0,01$) і втрата маси тіла середньо-тяжкого ступеня вираженості ($2,7 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$).

Таблиця 3.3

Вираженість депресивної симптоматики при АР у хворих з ППЕ

Депресивна симптоматика	Вираженість депресивної симптоматики (М±σ баллов)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
Показник депресії	1,2±0,3	2,6±0,3	1,6±0,4	2,5±0,3
Показник безнадії	1,5±0,3	2,7±0,3*	1,3±0,4	1,7±0,4
Показник самооцінки (самоприпущення)	1,4±0,5	2,4±0,3*	1,3±0,2	1,4±0,2
Показник ідей і відчуття звинувачення	1,3±0,4	2,3±0,2	1,2±0,3	2,2±0,4
Показник патологічного почуття провини	1,3±0,5	1,6±0,3	0,7±0,2	2,5±0,2*
Показник ранкової депресії	1,7±0,3	2,1±0,4	1,5±0,3	1,9±0,2
Показник раннього пробудження	0,8±0,2	2,4±0,3	1,0±0,4	2,3±0,5
Показник суїцидальної активності (поведінки)	0,7±0,2	2,5±0,4	0,8±0,1	2,6±0,4
Показник спостережуваної депресії	1,2±0,4	2,6±0,3	1,4±0,6	2,4±0,3

Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Згідно з результатами дослідження, представленими в таблиці 3.3, у хворих з депресією першого психотичного епізоду при ГППРБСШ і ГШПР, в порівнянні з іншими групами хворих не виявлено статистично достовірних

відмінностей за показниками вираженості депресивної симптоматики (при $P > 0,5$).

У хворих з депресією ППЕ при ГППРЗСШ виявлені у важкому та середньо-важкому ступені вираженості показники депресії, безнадійності, самоприниження, ідей і відчуття звинувачення, ранкової депресії, раннього пробудження, суїцидальної активності та спостерігаємої депресії. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками вираженості депресивної симптоматики у хворих цієї групи є: показник безнадійності тяжкого ступеня ($2,7 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) вираженості (постійне і таке, що заподіює страждання, відчуття безнадійності) і показник самоприниження тяжкого ступеня ($2,4 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) вираженості (пацієнт відчуває себе нікчемним більше 50% часу, але його/її можна переконати).

У хворих з депресією ППЕ при ГШРЗТ виявлені важкого та середньо-важкого ступеня вираженості показники депресії, ідей і відчуттями звинувачення, почуття провини, раннього пробудження, суїцидальної активності і спостерігаємої депресії. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками вираженості депресивної симптоматики у хворих цієї групи є: показник вини тяжкого ступеня ($2,5 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) вираженості (пацієнт дорікає собі за все, що було не так, навіть якщо це не його вина).

З допомогою шкали Гамільтона (HARS) у хворих АР ППЕ в групах пацієнтів з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ була оцінена вираженість тривожної симптоматики.

Результати оцінки представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Вираженість тривожної симптоматики при АР у хворих з ППЕ

Тривожна симптоматика	Вираженість тривожної симптоматики (M±σ баллов)			
	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
Тривожний настрій	0,8±0,4	2,5±0,5**	1,0±0,2	0,7±0,2
Напруга	0,7±0,2	2,2±0,4**	0,9±0,3	0,9±0,3
Страхи	0,6±0,3	1,1±0,3	2,3±0,4**	0,6±0,3
Інсомнія	1,6±0,5	1,8±0,3	0,6±0,3	2,0±0,4
Когнітивні порушення	1,4±0,3	2,4±0,2	1,5±0,3	2,4±0,4
Депресивний настрій	1,5±0,3	2,6±0,4	1,7±0,2	2,5±0,6
Соматичні м'язові симптоми	0,7±0,1	1,0±0,2	0,8±0,1	0,7±0,2
Соматичні сенсорні симптоми	0,6±0,2	0,8±0,2	2,1±0,5**	0,8±0,1
Серцево-судинні симптоми	0,9±0,5	0,7±0,1	0,9±0,3	0,7±0,2
Респіраторні симптоми	0,8±0,1	2,0±0,5**	0,7±0,2	0,6±0,2
Гастроінтестинальні симптоми	1,6±0,4*	0,8±0,1	0,9±0,2	0,8±0,2
Сечостатеві симптоми	1,2±0,3	1,3±0,4	2,2±0,4*	1,1±0,3
Вегетативні симптоми	1,8±0,3*	1,0±0,2	1,0±0,3	0,9±0,2
Поведінка під час огляду	0,7±0,2	2,3±0,5**	0,9±0,2	0,8±0,1

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

За результатами, поданими в таблиці 3.4, можна констатувати, що у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ виявлена тривожність легкого ступеня вираженості з інсомнією, депресивним настроєм, вегетативними і гастроінтестинальними симптомами. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками тривожної симптоматики у хворих цієї групи є: вегетативні симптоми помірного ($1,8 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості і гастроінтестинальні симптоми помірного ($1,6 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювота, гурчання у животі, діарея, запори тощо).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ виявлена тривожність тяжкого ступеня вираженості з напругою, інсомнією, когнітивними порушеннями, депресивним настроєм, респіраторними симптомами і тривожною поведінкою при огляді. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками тривожної симптоматики у хворих цієї групи є: тривожність у важкій ($2,5 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (очікування гіршого, тривожні побоювання і т. д.),

напруга в помірно важкої ($2,2 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (відчуття напруги, плаксивість, тремтіння, занепокоєння, нездатність розслабитися і т. д.), респіраторні симптоми помірно важкого ($2,0 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (тиск і стиснення в грудях, задуха, задишка, часті зітхання і т. д.) і тривожна поведінка при огляді помірно важкого ($2,3 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (непосидючість на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини, блідість обличчя, жваві сухожильні рефлекси і т. д.).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР виявлена тривожність легкого ступеня вираженості зі страхами, когнітивними порушеннями, депресивним настроєм, соматичними сенсорними і сечостатевими симптомами. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками тривожної симптоматики у хворих цієї групи є: страхи іпохондричного характеру помірно важкого ($2,3 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості, соматичні, сенсорні симптоми помірно важкого ($2,1 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (припливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання, печіння, скручування тощо), сечостатеві симптоми помірно важкого ($2,2 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості (часте сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ виявлена тривожність легкого ступеня вираженості з інсомнією, когнітивними порушеннями і депресивним настроєм. У порівнянні з іншими групами хворих, в групі хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ не виявлено статистично достовірних відмінностей за показниками вираженості тривожної симптоматики (при $P > 0,5$).

З метою уточнення клініко-психопатологічної структури маніакальних і депресивних розладів ППЕ, у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ проведено клінічне дослідження особливостей розладів мислення, когнітивних, соматовегетативних, рухових і сенсорних розладів.

Клінічний аналіз рухових розладів при АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ показав результати, представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Рухові розлади при АР у хворих з ППЕ

Рухові розлади	Кількість хворих з АР ППЕ (% \pm m)			
	ГППРБСШ (n=34)	ГППРЗСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
Загальмованість рухів, аж до повної адинамії	11,8 \pm 1,3	2,7 \pm 0,8	5,0 \pm 1,0	22,2 \pm 2,5*
Рудиментарні рухові розлади	50,0 \pm 5,1	48,6 \pm 4,7	67,5 \pm 6,9*	36,1 \pm 3,9
Рухове занепокоєння	14,7 \pm 1,5	37,8 \pm 3,7**	17,5 \pm 2,4	16,7 \pm 2,2
Рухове збудження	23,5 \pm 2,2	10,8 \pm 1,7	10,0 \pm 1,7	25,0 \pm 2,7

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно аналізу рухових розладів, представленому в таблиці 3.5, у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ переважають рудиментарні рухові розлади і рухове збудження. У порівнянні з іншими групами хворих, в групі хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ не виявлено статистично достовірних відмінностей щодо моторних розладів (при $P > 0,5$).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ переважають рудиментарні рухові розлади і рухове занепокоєння. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання (в 37,8% випадків, при $p < 0,01$) рухового неспокою (заламування рук, покусання нігтів, губ, непосидючість і т. д.).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають (у 67,5% випадків, при $p < 0,05$) рудиментарні рухові розлади (гіпомімія, легка загальмованість, м'язова адинамія і т. д.).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ переважають рудиментарні рухові розлади, загальмованість рухів, аж до повної адинамії і рухове збудження. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання (у 22,2% випадків, при $p < 0,05$) сповільненості рухів, аж до повної адинамії.

Аналіз розладів мислення та когнітивних функцій у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ показав результати, представлені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Розлади мислення і когнітивних функцій при АР у хворих з ППЕ

Розлади мислення і когнітивних функцій	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРБСШ (n=34)	ГППРЗСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
1	2	3	4	5
Ідеї малоцінності	14,7±1,5	29,7±3,0	12,5±1,9	33,3±3,5
Ідеї самовихваляння та самовпевненості	17,6±1,7*	8,1±1,4	7,5±1,4	8,3±1,4
Ідеї величі	8,8±1,1	2,7±0,8	7,5±1,4	25,0±2,7**
Іпохондричні розлади мислення	5,9±0,9	10,8±1,7	22,5±2,7**	11,1±1,7
Нав'язливі думки	-	2,7±0,8	-	-
Думки про смерть та самогубство	23,5±2,2	40,5±3,9	25,0±2,9	36,1±3,9
Ригідність мислення	29,4±2,7	45,9±4,3*	27,5±3,1	33,3±3,5
Прискорення процесів мислення	23,5±2,2	5,4±1,2	15,0±2,0	33,3±3,5*
Виражена непослідовність мислення («fuga idearum»)	2,9±0,8	5,4±1,2	-	-
Зниження рівня інтересів	35,3±3,7	59,4±6,2	37,5±3,9	55,6±5,7
Труднощі прийняття рішення	32,4±3,3	62,2±6,6	35,0±3,7	61,1±6,2
Зниження рівня концентрації уваги	55,9±6,0	37,8±3,7	40,0±4,1	58,3±5,9
Порушення переключення уваги	61,8±6,6	43,2±4,1	45,0±4,5	66,7±6,7

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4	5
Порушення пам'яті	38,2±3,9	40,5±3,9	37,5±3,9	63,9±6,3*
Підвищена чутливість до критики	35,3±3,7	37,8±3,7	40,0±4,1	36,1±3,9
Порушення критики по відношенню до хвороби	55,9±6,0	70,3±7,4	60,0±6,2	69,4±6,9

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно аналізу розладів мислення та когнітивних функцій, представленому в таблиці 3.6, у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ переважають ідеї самовихваляння і самовпевненість, зниження рівня інтересів, труднощі в ухваленні рішень, зниження рівня концентрації уваги, порушення переключення уваги, порушення пам'яті, підвищена чутливість до критики і порушення критики по відношенню до хвороби.

У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в розладах мислення ідей самовихваляння і самовпевненості (у 17,6% випадків, при $p < 0,05$) (підвищена самооцінка, перебільшення своїх досягнень, реальних можливостей, загальна оптимістична оцінка тощо).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ з розладів мислення та когнітивних функцій переважають думки про смерть і самогубство, ригідність мислення, зниження рівня інтересів, труднощі в ухваленні рішень, зниження рівня концентрації уваги, порушення переключення уваги, порушення пам'яті, підвищена чутливість до критики і порушення критики по відношенню до хвороби. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в розладах мислення ригідності (в 45,9% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР з розладів мислення та когнітивних функцій переважають іпохондричні розлади мислення, зниження рівня інтересів, труднощі в ухваленні рішень, зниження рівня концентрації уваги, порушення переключення уваги, порушення пам'яті, підвищена чутливість до критики і порушення критики по відношенню до хвороби. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих,

статистично достовірним, є переважання іпохондричних розладів мислення (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ з розладів мислення та когнітивних функцій переважають ідеї малоцінності, ідеї величі, думки про смерть і самогубство, ригідність мислення, прискорення процесів мислення, зниження рівня інтересів, труднощі в ухваленні рішень, зниження рівня концентрації уваги, порушення переключення уваги, порушення пам'яті, підвищена чутливість до критики і порушення критики по відношенню до хвороби. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в розладах мислення ідей величі (у 25,0% випадків, при $p < 0,01$) (прикрашання, звеличення себе і т. д.), а в розладах когнітивних функцій - прискорення процесів мислення (в 33,3% випадків, при $p < 0,05$) (необмежений і прискорений потік ідей тощо) та порушення зорової і короткочасної пам'яті (в 63,9% випадків, при $p < 0,01$).

Результати дослідження основних сомато-вегетативних розладів у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Сомато-вегетативні розлади при АР у хворих з ППЕ

Сомато-вегетативні розлади	Кількість хворих з АР ППЕ (% \pm m)			
	ГППРБСШ (n=34)	ГППРЗСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
1	2	3	4	5
Серцево-судинної системи	8,8 \pm 1,1	10,8 \pm 1,7	7,5 \pm 1,4	8,3 \pm 1,4
Органів дихання	5,9 \pm 0,9	21,6 \pm 2,5**	10,0 \pm 1,7	5,6 \pm 1,2
Шлунково-кишкового тракту	20,6 \pm 1,9*	5,4 \pm 1,2	10,0 \pm 1,7	8,3 \pm 1,4
Сечовидільної системи	2,9 \pm 0,8	2,7 \pm 0,8	22,5 \pm 2,7*	11,1 \pm 1,7
Головний біль	11,8 \pm 1,3	8,1 \pm 1,4	10,0 \pm 1,7	11,1 \pm 1,7

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4	5
Сексуальні порушення	32,4 \pm 3,3	35,1 \pm 3,5	32,5 \pm 3,4	38,9 \pm 4,1
Зниження маси тіла	17,6 \pm 1,7	32,4 \pm 3,2	17,5 \pm 2,4	36,1 \pm 3,9
Гіпергідроз	17,6 \pm 1,7	21,6 \pm 2,5	20,0 \pm 2,5	19,4 \pm 2,3
Вегетативно-вісцеральні кризи	26,5 \pm 2,5*	10,8 \pm 1,7	12,5 \pm 1,9	13,9 \pm 1,9
Порушення сну	52,9 \pm 5,8	48,6 \pm 4,7	47,5 \pm 4,8	52,8 \pm 5,4

Порушення апетиту	64,7±6,9	59,4±6,2	62,5±6,4	61,1±6,2
Закрепи	23,5±2,2	27,0±2,8	17,5±2,4	41,7±4,2*

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно аналізу соматовегетативних розладів, представленому в таблиці 3.7, у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ переважають соматовегетативні розлади шлунково-кишкового тракту, сексуальні порушення, вегетативно-вісцеральні кризи, порушення сну і апетиту. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірним є переважання соматовегетативних розладів шлунково-кишкового тракту (порушень функцій шлунка і кишківника) (20,6% випадків, при $p < 0,05$) і змішаних (симпатоадреналових і вагоінсулярних) вегетативно-вісцеральних кризів (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ переважають соматовегетативні розлади органів дихання, сексуальні порушення, зниження маси тіла, порушення сну і апетиту. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання соматовегетативних розладів органів дихання (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель і т. д.) (у 21,6% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають соматовегетативні розлади сечовидільної системи, сексуальні порушення, порушення сну і апетиту. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання соматовегетативних розладів сечовидільної системи (прискорене і хворобливе сечовипускання, неприємні відчуття в області сечового міхура, болі в лобкової області і т. д.) (у 22,5% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ з соматовегетативних розладів переважають сексуальні порушення, зниження маси тіла, порушення сну і апетиту, закрепни. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання закрепів (у 41,7% випадків, при $p < 0,05$).

Дослідження відмінностей у клініці сенсорних розладів у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ показав результати, представлені в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Сенсорні розлади при АР у хворих з ППЕ

Сенсорні розлади	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППР6СШ (n=34)	ГППР3СШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШР3Т (n=36)
Порушення чутливості	5,9±0,9	5,4±1,2	17,5±2,4*	5,6±1,2
Розлади зору (скотоми, звуження полів зору, астенопія, фотопсії)	-	2,7±0,8	2,5±0,7	-
Порушення слуху (підвищена чутливість або непереносимість звуків)	-	2,7±0,8	2,5±0,7	5,6±1,2
Психосенсорні порушення	5,9±0,9	2,7±0,8	12,5±1,9*	5,6±1,2

Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,01$

Згідно аналізу сенсорних розладів, представленому в таблиці 3.8, у хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають порушення чутливості (гіпостезії, гіперестезії і парестезії) (в 17,5% випадків, при $p < 0,01$) і психосенсорні розлади (відчуття коливань ґрунту під ногами і коливань предметів) (в 12,5% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з АР ППЕ при ГППР6СШ, ГППР3СШ, ГШПР і ГШР3Т не виявлено статистично достовірних відмінностей по сенсорним розладам (при $P > 0,5$).

Докладний аналіз позитивних та негативних симптомів у хворих з АР ППЕ при ГППР6СШ, ГППР3СШ, ГШПР і ГШР3Т, отриманий за допомогою шкали PANSS, показав результати, представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Вираженість та поширеність позитивних і негативних психопатологічних проявів при АР у хворих з ППЕ

Позитивні та негативні симптоми	Вираженість (ступінь)	Поширеність								
		ГППРБСШ		ГППРЗСШ		ГШПР		ГШРЗТ		
		Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m	Абс.	%±m	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Р1. Маячні ідеї	Відсутній	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мінімальний	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Слабкий	3	8,8±1,1	2	5,4±1,2	3	7,5±1,4	-	-	-
	Помірний	19	55,9±6,0**	9	24,3±2,6	10	25,0±2,9	7	19,4±2,3	-
	Середній	10	29,4±2,7	24	64,9±6,9*	19	47,5±4,8	15	41,7±4,2	-
	Сильний	2	5,9±0,9	2	5,4±1,2	8	20,0±2,5	13	36,1±3,9*	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	1	2,8±0,9	-
Р2. Розлади мислення	Відсутній	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мінімальний	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Слабкий	1	2,9±0,8	-	-	3	7,5±1,4	1	2,8±0,9	-
	Помірний	3	8,8±1,1	2	5,4±1,2	3	7,5±1,4	1	2,8±0,9	-
	Середній	10	29,4±2,7	12	32,4±3,2	12	30,0±3,3	10	27,8±2,9	-
	Сильний	19	55,9±6,0	22	59,4±6,2	20	50,0±5,2	21	58,3±5,9	-
	Крайній	1	2,9±0,8	1	2,7±0,8	2	5,0±1,0	3	8,3±1,4	-
Р3. Галюцинаторна поведінка	Відсутній	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мінімальний	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Слабкий	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Помірний	7	20,6±1,9	7	18,9±2,3	9	22,5±2,7	6	16,7±2,2	-
	Середній	18	52,9±5,8*	12	32,4±3,2	12	30,0±3,3	11	30,6±3,3	-
	Сильний	9	26,5±2,5	16	43,2±4,1	16	40,0±4,1	16	44,4±4,5	-
	Крайній	-	-	2	5,4±1,2	3	7,5±1,4	3	8,3±1,4	-

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Р4. Збудження	Відсутній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Мінімальний	-	-	-	-	6	15,0±2,0	10	27,8±2,9
	Слабкий	8	23,5±2,2	15	40,5±3,9	20	50,0±5,2	8	22,2±2,5
	Помірний	14	41,2±4,2	14	37,8±3,7	7	17,5±2,4	6	16,7±2,2
	Середній	3	8,8±1,1	4	10,8±1,7	3	7,5±1,4	1	2,8±0,9
	Сильний	8	23,5±2,2	4	10,8±1,7	4	10,0±1,7	9	25,0±2,7
	Крайній	1	2,9±0,8	-	-	-	-	2	5,6±1,2
Р5. Ідеї величі	Відсутній	25	73,5±7,7	33	89,2±8,9	34	85,0±8,8	24	66,7±6,7
	Мінімальний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Слабкий	-	-	-	-	1	2,5±0,7	-	-
	Помірний	4	11,8±1,3	3	8,1±1,4	3	7,5±1,4	3	8,3±1,4
	Середній	2	5,9±0,9	1	2,7±0,8	2	5,0±1,0	3	8,3±1,4
	Сильний	3	8,8±1,1	-	-	-	-	6	16,7±2,2**
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Р6. Підозрілість, страх переслідування	Відсутній	11	32,4±3,3	8	21,6±2,5	6	15,0±2,0	12	33,3±3,5
	Мінімальний	5	14,7±1,5	7	18,9±2,3	-	-	4	11,1±1,7
	Слабкий	5	14,7±1,5	6	16,2±2,2	4	10,0±1,7	3	8,3±1,4
	Помірний	8	23,5±2,2	8	21,6±2,5	4	10,0±1,7	2	5,6±1,2
	Середній	3	8,8±1,1	4	10,8±1,7	8	20,0±2,5	8	22,2±2,5
	Сильний	2	5,9±0,9	4	10,8±1,7	16	40,0±4,1**	7	19,4±2,3
	Крайній	-	-	-	-	2	5,0±1,0	-	-
Р7. Ворожість	Відсутній	25	73,5±7,7	27	72,9±7,8	20	50,0±5,2	29	80,6±8,1
	Мінімальний	5	14,7±1,5	4	10,8±1,7	4	10,0±1,7	1	2,8±0,9
	Слабкий	3	8,8±1,1	1	2,7±0,8	-	-	1	2,8±0,9
	Помірний	1	2,9±0,8	2	5,4±1,2	2	5,0±1,0	2	5,6±1,2
	Середній	-	-	2	5,4±1,2	12	30,0±3,3**	3	8,3±1,4
	Сильний	-	-	1	2,7±0,8	1	2,5±0,7	-	-
	Крайній	-	-	-	-	1	2,5±0,7	-	-

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
G14. Погане керування імпульсивністю	Відсутній	25	73,5±7,7	25	67,6±7,1	20	50,0±5,2	24	66,7±6,7
	Мінімальний	4	11,8±1,3	6	16,2±2,2	10	25,0±2,9	5	13,9±1,9
	Слабкий	2	5,9±0,9	1	2,7±0,8	3	7,5±1,4	2	5,6±1,2
	Помірний	2	5,9±0,9	3	8,1±1,4	4	10,0±1,7	4	11,1±1,7
	Середній	1	2,9±0,8	2	5,4±1,2	3	7,5±1,4	1	2,8±0,9
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
G15. Втеча в аутистичні переживання	Відсутній	8	23,5±2,2	14	37,8±3,7	14	35,0±3,7	15	41,7±4,2
	Мінімальний	5	14,7±1,5	2	5,4±1,2	1	2,5±0,7	2	5,6±1,2
	Слабкий	12	35,3±3,7	12	32,4±3,2	14	35,0±3,7	11	30,6±3,3
	Помірний	9	26,5±2,5	8	21,6±2,5	10	25,0±2,9	8	22,2±2,5
	Середній	-	-	1	2,7±0,8	1	2,5±0,7	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
G16. Активне соціальне усунення	Відсутній	10	29,4±2,7	14	37,8±3,7	10	25,0±2,9	15	41,7±4,2
	Мінімальний	5	14,7±1,5	4	10,8±1,7	9	22,5±2,7	5	13,9±1,9
	Слабкий	6	17,6±1,7	7	18,9±2,3	6	15,0±2,0	6	16,7±2,2
	Помірний	10	29,4±2,7	10	27,0±2,8	12	30,0±3,3	9	25,0±2,7
	Середній	3	8,8±1,1	2	5,4±1,2	3	7,5±1,4	1	2,8±0,9
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p<0,05$; ** - при $p<0,01$

Згідно аналізу вираженості і поширеності позитивних і негативних психопатологічних проявів у хворих з ППЕ АР при ГППРБСШ, представленому в таблиці 3.9, в клініці переважають маячні ідеї, розлади мислення, галюцинаторна поведінка, збудження, депресія, моторна загальмованість, неприродний зміст думок, порушення уваги, недостатність

суджень і критики. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в психопатологічних проявах:

- маячних ідей (значення, інсценування, символічної інтерпретації навколишнього, марення з фантастичною фабулою) до помірного ступеня вираженості (наявність декількох очевидних, але нестабільних маячних ідей, часто мінливих за типом і інтенсивністю і позначаються на мисленні хворого, його соціальних взаєминах та поведінці) (в 55,9% випадків, при $p < 0,01$);

- галюцинаторної поведінки (слухові і зорові справжні галюцинації) до середнього ступеня вираженості (часті галюцинації декількох типів, які змінюються по інтенсивності і зачіпають іноді більш ніж одну сенсорну сферу, що порушують мислення і (або) поведінка з маячною інтерпретацією та емоційним і (або) вербальним реагуванням) (у 52,9% випадків, при $p < 0,05$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ в клініці психозу переважають маячні ідеї, розлади мислення, галюцинаторна поведінка, збудження, тривожний стан, напруженість, депресія, порушення уваги, недостатність суджень і критики. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в психопатологічних проявах:

- маячних ідей (маревне тлумачення, маревне сприйняття, марення впливу, відношень, двійника, отруєння) до середнього ступеня вираженості (наявність декількох очевидних, оформлених, але не стійких маячних ідей, які періодично змінюються за типом і інтенсивністю і позначаються на мисленні, соціальних взаєминах та поведінці хворого) (64,9% випадків, при $p < 0,05$);

- тривожного стану (почуття нервозності, занепокоєння, побоювання, тривоги, хвилювання) у сильному ступеню вираженості (відчуття страху, вираженого неспокою, супроводжуються численними соматичними і вегетативними проявами) (в 16,2% випадків, при $p < 0,01$);

- напруженості (страх, тривога, хвилювання, скутість, метушливість) до середнього ступеня вираженості (напруженість, з помірним впливом на поведінку і виявляється нервовою манірністю, хвилюванням, скутістю, непосидючістю, метушливістю, соматовегетативними проявами (тремор, пітливість тощо) (в 24,3% випадків, при $p < 0,05$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГШПР в клініці психозу переважають маячні ідеї, розлади мислення, галюцинаторна поведінка, підозрілість (страх переслідування), ворожість, емоційна відчуженість, іпохондрична помисливість, депресія, моторна загальмованість, порушення уваги, недостатність суджень і критики, розлад волі. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірним є переважання в психопатологічних проявах:

- підозрливості (страх переслідування) (необґрунтовані думки про переслідування, що проявляються у настороженості, недовірі, підозрливості, маячних ідеях про вороже ставлення оточуючих) сильного ступеня вираженості (явні всеосяжні персекуторні маячні ідеї, часто систематизовані, значно впливають на поведінку та стосунки з оточуючими) (у 40,0% випадків, при $p < 0,01$);

- ворожості (вербальне і невербальне вираження гніву і обурення) до середнього ступеня вираженості (хворий вкрай дратівливий, часто вдається до словесних образ та погроз) (у 30,0% випадків, при $p < 0,01$);

- емоційної відчуженості (відсутність інтересу до подій, залученості й почуття причетності до них) до помірно-середнього ступеня вираженості (хворий емоційно самоусувається від мікросоціального оточення і його проблем, однак, при активному заохоченні може бути як залучений в соціальну діяльність (при помірному ступені вираженості), так і не піддаватись жодним спробам активації ззовні (при середньому ступені вираженості) (у 37,5% випадків, при $p < 0,01$);

- іпохондричних думок (скарги на фізичне здоров'я, переконаність у наявності соматичного захворювання, варіюються від невиразного відчуття наявності хвороби до виразного марення про невиліковне соматичне

захворювання) середнього ступеня вираженості (хворий постійно скаржиться на неіснуючий соматичний розлад організму, відзначається чітко виражена іпохондрична безглузда ідея, але хворий не повністю поглинений цими переживаннями) (в 17,5% випадків, при $p < 0,01$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ в клініці психозу переважають маячні ідеї, розлади мислення, галюцинаторна поведінка, збудження, ідеї величі, убога комунікабельність, почуття провини, депресія, моторна загальмованість, порушення уваги, недостатність суджень і критики, розлад волі. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в психопатологічних проявах:

- маячних ідей самозвинувачення, гріховності, нігілістичного змісту, отруєння, величі, магічного змісту) сильного ступеня вираженості (стабільний комплекс оформлених, іноді систематизованих, стійких маячних ідей, які порушують мислення, соціальні взаємини і поведінку пацієнта) (в 36,1% випадків, при $p < 0,05$);

- ідей величі (підвищена самооцінка, необґрунтована впевненість у своїй перевазі, маячні ідеї про видатні здібності, багатство, знання, славу, владу, моральну правоту і т. д.) сильного ступеня вираженості (чітко оформлені маячні ідеї істотної переваги відразу за кількома параметрами, які проявляються не тільки у словах, але й у ставленні до інших людей, у практичних діях) (в 16,7% випадків, при $p < 0,01$);

- зниженої комунікабельності (відсутність співпереживання, відвертості в розмові, дуже слабке почуття близькості, інтересу або залученості в інтерв'ю, бідність вербального і невербального спілкування) помірного ступеня вираженості (хворий виглядає відчуженим, тримає дистанцію зі співрозмовником, на запитання відповідає механічно, дії виражають нудьгу, відсутність інтересу і занепад настрою) (в 16,7% випадків, при $p < 0,05$);

- почуття провини (каяття, самозвинувачення з приводу реальних або уявних проступків, що відбулись в минулому) сильного ступеня вираженості (ідеї провини маячного рівня, що супроводжуються почуттям безнадійності

або власної нікчемності, переконання хворого в необхідності його покарання за нібито скоєні проступки) (в 22,2% випадків, при $p < 0,01$);

- моторної загальмованості (зниження рухової активності, що виявляється в уповільненні або скороченні рухів і темпу мови, млявій реакції на подразники і скороченні загального фізичного тону) сильного ступеня вираженості (рухи вкрай повільні, рухова і мовна активність мінімальна, хворий більшу частину часу безцільно сидить або лежить) (в 16,7% випадків, при $p < 0,05$).

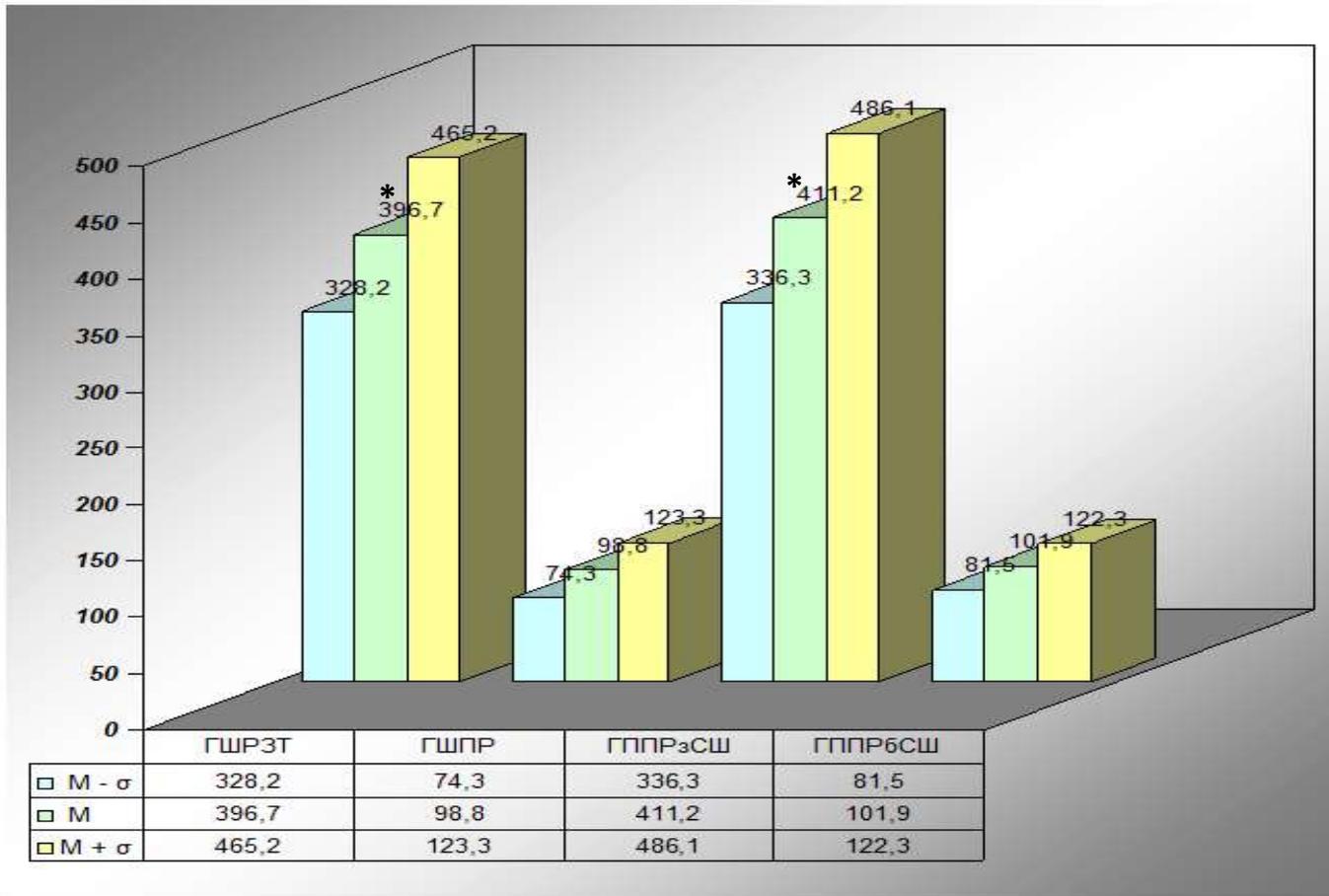
У цьому дослідженні оцінка суїцидального ризику хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ була проведена за допомогою шкали суїцидального ризику Лос-анджелеського суїцидологічного центру.

Результати оцінки представлені на малюнку 3.2.

Згідно з результатами, представленими на малюнку 3.2, в групі хворих АР ППЕ при ГППРбСШ вираженість суїцидального ризику склала – $101,9 \pm 20,4$ бали [81,5-122,3 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає легкому ступеню суїцидального ризику.

У групі хворих АР ППЕ при ГППРзСШ вираженість суїцидального ризику склала – $411,2 \pm 74,9$ бала [336,3-486,1 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає середньо-високому ступеню суїцидального ризику.

У групі хворих АР ППЕ при ГШПР вираженість суїцидального ризику – $98,8 \pm 24,5$ бала [74,3-123,3 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає легкому ступеню суїцидального ризику.



Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рис. 3.2. Рівень суїцидального ризику при АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

У групі хворих АР ППЕ при ГШРЗТ вираженість суїцидального ризику склала – $396,7 \pm 68,5$ бала [328,2-465,2 бала] (при $p < 0,05$), що відповідає середньо-високому ступеню суїцидального ризику.

Кореляційний аналіз між суїцидальним ризиком і вираженістю психопатологічних розладів показав, що суїцидальний ризик у хворих АР ППЕ при ГППРбСШ позитивно корелює ($r=0,55-0,64$) з вираженістю галюцинаторної поведінки, соматичної тривоги і безсоння; суїцидальний ризик у хворих АР ППЕ при ГППРзСШ позитивно корелює ($r=0,58-0,68$) з вираженістю психічної напруги, ажитації і безнадії; суїцидальний ризик у хворих АР ППЕ при ГШПР позитивно корелює ($r=0,61-0,73$) з вираженістю підозрілості, страхів і ворожості; суїцидальний

ризик у хворих АР ППЕ при ГШРЗТ позитивно корелює з вираженістю маячних ідей ($r=0,64$) і почуття провини ($r=0,71$).

3.2. Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ в продромальній стадії психозу у хворих з гострим полімофним, шизофреноподібним і шизоафективним психотичними розладами.

У вивченні клініко-психопатологічних проявів АР ППЕ в продромальній стадії психозу брало участь 147 хворих: 34 пацієнта з діагнозом ГППРбСШ (F23.0); 37 пацієнтів з ГППРзСШ (F23.1); 40 пацієнтів з ГШПР (F23.2); 36 пацієнтів з ГШРЗТ (F25.2).

У цього контингенту хворих, при вивченні клінічних проявів АР у продромальній стадії, використовувалися: клініко-психопатологічний метод з використанням індивідуальної карти обстеження пацієнта з першим психотичним епізодом, шкала продромальних симптомів SOPS і характерологічний опитувальник К. Леонгарда – Шмішека Р. [100, 131, 141, 228, 323].

Аналіз інтенсивності і якісного складу продромальних симптомів у хворих з АР ППЕ в групах пацієнтів з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ був проведений за допомогою шкали продромальних симптомів SOPS.

Результати цього аналізу представлені в таблиці 3.10.

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Дисфоричний настрій	Відсутній	22	64,7±6,9	22	59,4±6,2	15	37,5±3,9	16	44,4±4,5
	Мінімальний	10	29,4±2,7	10	27,0±2,8	11	27,5±3,1	7	19,4±2,3
	Слабкий	2	5,9±0,9	3	8,1±1,4	4	10,0±1,7	8	22,2±2,5**
	Помірний	-	-	1	2,7±0,8	9	22,5±2,7**	4	11,1±1,7
	Середній	-	-	1	2,7±0,8	1	2,5±0,7	1	2,8±0,9
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Порушення моторики	Відсутній	28	82,4±9,1	30	81,1±8,4	32	80,0±8,3	29	80,6±8,1
	Мінімальний	6	17,6±1,7	7	18,9±2,3	7	17,5±2,4	6	16,7±2,2
	Слабкий	-	-	-	-	1	2,5±0,7	1	2,8±0,9
	Помірний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Зниження толерантності до звичайного стресу	Відсутній	14	41,2±4,2	16	43,2±4,1	24	60,0±6,2	21	58,3±5,9
	Мінімальний	8	23,5±2,2	8	21,6±2,5	8	20,0±2,5	8	22,2±2,5
	Слабкий	4	11,8±1,3	9	24,3±2,6*	6	15,0±2,0	5	13,9±1,9
	Помірний	8	23,5±2,2**	4	10,8±1,7	2	5,0±0,7	2	5,6±1,2
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Вираженість групи симптомів (M±σ балів)		0,8±0,2		0,7±0,18		0,8±0,21		0,9±0,17	

Згідно аналізу інтенсивності та якісного складу продромальних симптомів у хворих з ППЕ АР при ГППРБСШ, представленому в таблиці 3.10, в клініці продромального періоду переважають:

- проблеми з фокусуванням і увагою (слабка концентрація уваги, неуважність, відволікання, труднощі у підтримуванні або переміщенні фокусу уваги на нові стимули, проблеми, пов'язані зі збереженням розмови в пам'яті) легкого ступеня вираженості (втрата фокусування і концентрації уваги легше викликається, ніж зазвичай) (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$);

- розлади сну (проблеми з засипанням, ранні пробудження і неможливість знову заснути, втома вдень і сонливість протягом дня) до помірного ступеня вираженості (неспокійний сон, деякі труднощі при засипанні і труднощі знову заснути при пробудженні, втома протягом дня, пов'язана з труднощами засипання або з раннім пробудженням) (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$);

- зниження толерантності до стресу (уникає стресогенні ситуації, які раніше легко переносилися, важко пристосовується у повсякденному житті) до помірного ступеня вираженості (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги понад очікувану вираженість, несподівані події звичайного дня «вибивають з колії») (в 23,5% випадків, при $p < 0,01$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ в клініці продромального періоду переважають незвичайний зміст мислення, підозрілість, порушення перцепції, концептуальна дезорганізація, соціальна ізоляція або усамітнення, зниження виразності емоцій, зниження переживань емоцій і самого себе, чужеродне мислення, розлади сну, зниження толерантності до стресу. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірним є переважання в клініці продромального періоду:

- незвичайного змісту мислення (розгубленість, відчуття, що відбувається щось дивне, плутанина в тому, що є реальним, а що уявним, знайоме здається дивним, зловісним, загрозливим, таким, що має особливий зміст, відчуття, що він сам і навколишнє змінилось, дежавю, надцінні переконання, заклопотаність незвичайними ідеями, магичне мислення) легкого ступеня вираженості (несподівані думки, відчуття, руху, викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилось) (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$);

- соціальної ізоляції або усамітнення (відсутність близьких друзів, надмірна соціальна тривога, асоційована з параноїдними страхами, ніяковість в присутності інших, перевага самотності, пасивна участь у соціальній діяльності, прагнення відійти на задній план) легкого ступеня вираженості (відчуває незручність у присутності інших, не зацікавлений або тривожний в більшості соціальних ситуацій, але соціальна активність присутня) (у 21,6% випадків, при $p < 0,05$);

- зниження вираженості емоцій (звуження і зниження емоційного відгуку, недостатність спонтанності і мала ініціативність в бесіді, брак міжособистісної емпатії, відкритості, почуття близькості, інтересу та залучення в бесіду, міжособистісне дистанціювання) легкого ступеня вираженості (емоційний відгук з затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна) (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$);

- зниження переживань емоцій і самого себе (емоційний досвід і почуття позбавлені розпізнавання, істинності, відповідності, відсутність чуттєвого контакту з іншими, відчуття, що немає емоцій, відчуття глибоких змін, нереальності або дивності, почуття деперсоналізації, дистанціювання від себе, втрата відчуття самого себе) легкого ступеня вираженості (почуття

дистанції від інших, приглушеність почуттів, неможливість сильних емоцій, труднощі розпізнавання різних емоцій) (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$);

- зниження толерантності до стресу (уникає стресогенні ситуації, які раніше легко переносилися, важко пристосовується у повсякденному житті) легкого ступеня вираженості (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість) (в 24,3% випадків, при $p < 0,05$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГШПР в клініці продромального періоду переважають незвичайний зміст мислення, підозрілість, порушення перцепції, концептуальна дезорганізація, соціальна ізоляція або усамітнення, зниження вираженості емоцій, збідніння змісту мислення, погіршення рольового функціонування, чудернацьке мислення, розлади сну, дисфоричний настрій, зниження толерантності до стресу. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання в клініці продромального періоду:

- незвичайного змісту мислення (розгубленість, відчуття, що відбувається щось дивне, плутанина в тому, що реально, а що уявно, знайоме здається дивним, зловісним, загрозливим, що має особливий сенс, відчуття, що сам і навколишнє змінилось, дежавю, надцінні переконання, заклопотаність незвичайними ідеями, магічне мислення) помірного ступеня вираженості (несподівані думки, відчуття, руху, викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилось, непередбачені психічні події, які не можуть бути непоміченими - дратують або бентежать) (в 20,0% випадків, при $p < 0,05$);

- підозрілості (надмірна заклопотаність з приводу мотивації інших людей, недовіра, підозрілість, параноїдне мислення, що виражається у відкрито недовірливому відношенні до оточуючих і подій) до помірного ступеня вираженості (виражена обережність, сумніви в безпеці, надмірна

пильність без чіткого джерела небезпеки, розуміння, що люди ворожі, ненадійні і легко підкоряють своїй волі, подив і недовірливість) (в 20,0% випадків, при $p < 0,01$);

- концептуальної дезорганізації (розпливчасте, метафоричне, громіздке, стереотипне, нецілеспрямоване, непослідовне, абстрактне, ґрунтовне, паралогічне мислення, прискорення або уповільнення думок, надання неправильних назв предметам, втрата суті розмови, розпорошення асоціацій) до помірного ступеня вираженості (раптові слова і фрази, які не мають сенсу, аморфне, непослідовне мислення, неправильні слова, безглузді, не по суті теми розмови, метафоричне, громіздке, стереотипне мислення) (в 17,5% випадків, при $p < 0,01$);

- соціальної ізоляції, самотності (відсутність близьких друзів, надмірна соціальна тривога, асоційована з параноїдними страхами, ніяковість в присутності інших, надання переваги самотності, пасивна участь у соціальній діяльності, прагнення відійти на задній план) до помірного ступеня вираженості (відчуває незручність в присутності інших, не зацікавлений в більшості соціальних ситуацій, бере участь в соціальній діяльності неохоче через тривогу або відсутність інтересу) (в 20,0% випадків, при $p < 0,05$);

- зниження виразності емоцій (звуження і зниження емоційного відгуку, недостатність спонтанності і мала ініціатива в бесіді, брак міжособистісної емпатії, відкритості, почуття близькості, інтересу та залучення в бесіду, міжособистісне дистанціювання) до помірного ступеня вираженості (емоційний відгук з затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна, комунікації короткі, не цікаві, в розмові відчувається формальність) (в 20,0% випадків, при $p < 0,05$);

- дисфоричного настрою (зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, проблеми зі сном, зниження апетиту, відчуття втрати енергії, труднощі концентрації уваги, суїцидальні думки, відчуття

нікчемності, непотрібності, провини або тривоги, паніка, генералізовані страхи, дратівливість, ворожість, гнів, невгамовність, метушливість, ажитація, нестійкий настрій) до помірного ступеня вираженості (невдоволення собою, відчуття себе «синьою панчохою», «білою вороною», періодична наявність «поганого» почуття, яке може розцінюватися як прояв депресії, дратівливості, ворожості і нестійкого настрою) (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$).

У групі хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ в клініці продромального періоду переважають незвичайний зміст мислення, підозрілість, порушення перцепції, концептуальна дезорганізація, соціальна ізоляція (усамітнення), зниження виразності емоцій, збіднення змісту мислення, погіршення рольового функціонування, розлади сну, дисфоричний настрій. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним є переважання в клініці продромального періоду:

- концептуальної дезорганізації (розпливчате, метафоричне, громіздке, стереотипне, нецілеспрямоване, непослідовне, абстрактне, ґрунтовне, паралогічне мислення, прискорення або уповільнення думок, надання неправильних назв предметам, втрата суті розмови, розпорошення асоціацій) легкого ступеня вираженості (аморфне, розпливчате, метафоричне, громіздке і непослідовне мислення) (у 38,9% випадків, при $p < 0,05$);

- погіршення рольового функціонування (труднощі виконання рольових функцій, які раніше не викликали проблем, труднощі продуктивних взаємин з колегами) в легкого ступеня вираженості (труднощі у функціонуванні на роботі, в школі (інституті), у взаєминах, що є очевидним для інших) (у 30,6% випадків, при $p < 0,05$);

- розладів сну (проблеми з засипанням, ранні пробудження і неможливість знову заснути, втома вдень і сонливість протягом дня) легкого ступеня (неспокійний сон, труднощі при засипанні і знову заснути при пробудженні) (в 36,1% випадків, при $p < 0,05$);

- дисфоричного настрою (зниження інтересу до діяльності, яка раніше

приносила задоволення, проблеми зі сном, зниження апетиту, відчуття втрати енергії, труднощі концентрації уваги, суїцидальні думки, відчуття нікчемності, непотрібності, вини або тривоги, паніка, генералізовані страхи, дратівливість, ворожість, гнів, невгамовність, метушливість, ажитація, нестійкий настрій) легкого ступеня вираженості (часте відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «синьою панцохою», «білою вороною», як одне з проявів депресії) (в 22,2% випадків, при $p < 0,01$).

Дослідження преморбідних особливостей характеру і афективного реагування хворих АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ було проведене за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека.

В таблиці 3.11 представлений аналіз розподілу різних форм акцентуацій характеру і афективного реагування у хворих АР ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ (у випадках поєднання форм акцентуацій враховувалася провідна акцентуація).

Таблиця 3.11

Преморбідні особливості характеру,
афективного реагування при АР у хворих з ППЕ

Акцентуація характеру та афективного реагування	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРБСШ (n=34)	ГППРЗСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
Гіпертимна	2,9±0,8	-	5,0±1,0	5,6±1,2
Емотивна	17,6±1,7**	8,1±1,4	5,0±1,0	8,3±1,4
Тривожна	8,8±1,1	10,8±1,7	20,0±2,5*	8,3±1,4
Демонстративна	-	-	2,5±0,7	-
Дистимічна	11,8±1,3	10,8±1,7	7,5±1,4	11,1±1,7
Афективно-ригідна	8,8±1,1	27,0±2,8**	12,5±1,9	11,1±1,7
Педантична	8,8±1,1	10,8±1,7	10,0±1,7	11,1±1,7
Циклотимна	11,8±1,3	13,5±1,9	5,0±1,0	25,0±2,7*
Збудлива	5,9±0,9	5,4±1,2	22,5±2,7**	8,3±1,4
Афективно-екзальтована	23,5±2,2*	13,5±1,9	10,0±1,7	11,1±1,7

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно аналізу розподілу різних форм акцентуацій характеру і афективного реагування (таблиця 3.11) у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ

переважають емотивні, дистимічні, циклотимічні і афектно - екзальтовані преморбідні особливості характеру та афективного реагування. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірним є переважання:

- афективно-екзальтованої форми емоційного реагування (в 23,5% випадків, при $p < 0,05$) з тенденцією до акцентуації ($18,0 \pm 1,0$ бала, при $p < 0,05$). У пацієнтів з афективно-екзальтованою формою емоційного реагування відзначається крайня мінливість настрою, який може змінюватись кілька разів протягом дня і з незначних приводів. Пацієнти з цією формою емоційного реагування особливо чутливі до душевних потрясінь, які нерідко ведуть до розвитку субдепресивних станів. Будь-яке емоційне реагування повністю оволодіває пацієнтом, викликаючи у нього помітні фізіологічні зміни. Цим пацієнтам характерні безкорисливість, співчуття, художній смак, артистизм, яскравість і щирість почуттів, вразливість, необґрунтована схвильованість, захоплення, здивування, схильність до відчаю, схильність до паніки і до великого діапазону емоційних станів - від печалі до радості;

- емотивної форми афективного реагування (у 17,6% випадків, при $p < 0,01$) з тенденцією до акцентуації ($16,6 \pm 2,0$ бала, при $p < 0,05$). У пацієнтів з цією формою афективного реагування в емоційній сфері відзначаються крайня чутливість, співчуття, жалість, радість, безкорисливість, довіра, симпатія, почуття обов'язку і старанність.

У хворих з АР ППЕ при ГППРзСШ переважають афективно-ригідні, циклотимні і афектно - екзальтовані преморбідні особливості характеру та афективного реагування. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання:

- акцентуваної ($21,1 \pm 2,3$ бала, при $p < 0,05$) афективно-ригідної (27,0% випадків, при $p < 0,01$) форми емоційного реагування. Основою психічної діяльності афективно-ригідного типу емоційного реагування є стійкість емоцій, які виникають в результаті фрустрації життєво важливих потреб пацієнта. Ця фрустрація зазвичай супроводжується тривогою,

напругою, образою, злопам'ятністю, які тривалий час можуть панувати в емоційній сфері людини. "Слабкою ланкою" психіки пацієнта з цим типом афективного реагування є зачеплене самолюбство, уражена гордість, різні форми обмеження її інтересів. Ригідний емоційний стан завжди раціоналізується особистістю пацієнта з метою збереження уявлення про власну особистість як незалежну, вірну власним установкам і принципам. На тлі частих уражень, чергування поразок і успіхів відбувається "нашарування" нових емоційних реакцій на колишні, які ще не вистигли згаснути. В результаті цього нашарування неправильно інтерпретуються події і факти навколишньої дійсності, і хворі важко піддаються переконанню хибності їх інтерпретацій стовно ідей чи міжособистісних відносин. Пацієнти з цим типом афективного реагування самолюбні, егоїстичні, самовпевнені, в разі успіху у них загострюється почуття значущості, посилюється честолюбство. Для емоційної діяльності афективно-ригідної особистості характерні образливість, підозрлість, недовіра, зневажливе ставлення до оточуючих, чутливість до різних форм утиску, завзятість у досягненні мети.

У хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають тривожні, афективно-ригідні і збудливі преморбідні особливості характеру та афективного реагування. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання:

- акцентуованої ($20,7 \pm 2,4$ бала, при $p < 0,05$) тривожної (у 20,0% випадків, при $p < 0,05$) форми емоційного реагування. Пацієнти з тривожною формою емоційного реагування характеризуються внутрішньою тривожною напруженістю, сором'язливістю, невпевненістю, боязкістю, зниженою самооцінкою, відчаєм. Ці емоційні особливості пацієнтів часто поєднуються з пригніченим настроєм. У пацієнтів з цією формою емоційного реагування існує постійна потреба в глибоких і міцних контактах з оточуючими, від яких вони чекають підтримки. Тривожність у цього типу особистості не реакція на події, що відбуваються, а «внутрішня готовність» відповісти на будь-яку незнайому ситуацію тривогою. Стрессова стійкість у тривожної особистості

вкрай низька. Під впливом частих стресових ситуацій тривога, що супроводжується відчуттям невизначеної загрози, переростає в конкретний страх, а в найбільш виражених випадках - відчуття катастрофи, що насувається.

- акцентуованої ($22,4 \pm 1,0$ бала, при $p < 0,05$) збудливої (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$) форми афективного реагування. У психічній діяльності пацієнтів зі збудливою формою афективного реагування превалюють потяги і емоції над логічним зважуванням вчинків. Реакції збудливих особистостей імпульсивні, у них знижена толерантність, вони запальні, дратівливі, схильні до гніву, невдоволення, обурення, неприязні. Психічне напруження у цих особистостей наростає поступово, вимагаючи розрядки, яка настає навіть з незначного приводу. У період розрядки напруги пацієнти з цією формою емоційного реагування можуть нехтувати загальноприйнятими суспільними нормами і етичними установками, вони можуть виявляти агресивність і гнівливість. Поведінка цих пацієнтів в період емоційної розрядки часто непередбачувана, а вчинки важко прогнозовані. Після розрядки напруження спадає так само повільно, як і наростає.

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ переважають дистимічні, афективно-ригідні, педантичні, циклотимічні і афектно-екзальтовані преморбідні особливості характеру та афективного реагування. У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих, статистично достовірним, є переважання:

- акцентуованої ($20,8 \pm 2,2$ бала, при $p < 0,05$) циклотимічної (у 25,0% випадків, при $p < 0,05$) форми емоційного реагування. Для пацієнтів з циклотимічною формою афективного реагування в період підйому настрою емоційні реакції відповідають гіпертимній формі реагування, а в період спаду настрою – дистимічній.

Для гіпертимних форм афективного реагування характерні відсутність тривожності і почуття провини, самовдоволення, піднесеність настрою, життєрадісність, висока активність, оптимізм. Особистість цього типу товариська, ініціативна, у неї велика кількість легко вникаючих планів та

ідей, висока жага діяльності. У періоди підвищеного настрою пацієнти можуть переоцінити свої можливості, у них з'являється легковажність, безпечність, емоційна збудливість, брак стриманості.

Для дистимічних форм афективного реагування характерна концентрація уваги пацієнтів на сумні події, пригнічений настрій, смуток, незадоволеність собою, пригніченість, похмурість, сором'язливість, знижена стійкість до стресу. В результаті нашарування стресових ситуацій у дистимічної особистості помітно знижується настрій, з'являється смуток, перспектива виглядає сіро, втрачається інтерес до всього, що раніше приносило задоволення, знижується швидкість рухових реакцій.

3.3 Клініко-психопатологічні прояви АР ППЕ на стадії ремісії у хворих з гострим поліморфним, шизофреноподібним і шизоафективним психотичними розладами.

У вивченні клініко-психопатологічних проявів АР ППЕ на стадії ремісії брало участь 147 хворих: 34 пацієнта з діагнозом ГППРБСШ (F23.0); 37 пацієнтів з ГППРЗСШ (F23.1); 40 пацієнтів з ГШПР (F23.2); 36 пацієнтів з ГШРЗТ (F25.2).

З метою вивчення клінічних особливостей АР ППЕ в період ремісії психозу, використовувались: клініко-психопатологічний метод, Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS), шкала продромальних симптомів SOPS [91, 100, 131, 228, 241, 323].

У дослідженні за допомогою клініко-психопатологічного методу були вивчені основні синдромальні прояви АР в період ремісії у хворих з ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Результати цього вивчення представлені в таблиці 3.12.

Синдромальні варіанти АР в період ремісії ППЕ

Синдромальні варіанти афективних розладів	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРбСШ (n=34)	ГППРзСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
Гнівлива манія	-	-	-	2,8±0,9
Весела манія	5,9±0,9	-	-	5,6±1,2
Манія із стрибками ідей (сплутана манія)	-	-	-	-
Експансивна манія	-	-	-	-
Тужливо-адинамічна (тужлива) депресія	2,9±0,8	-	2,5±0,7	8,3±1,4*
Апато-адинамічна депресія	-	-	-	-
Анестетична(деперсоналізац ійна) депресія	-	5,4±1,2	2,5±0,7	-
Тривожна депресія	2,9±0,8	10,8±1,7**	-	2,8±0,9
Обсесивна депресія	-	-	-	-
Істерична депресія	-	-	-	-
Сенесто-іпохондрична депресія	-	2,7±0,8	5,0±1,0	
Соматовегетативна депресія	8,8±1,1	2,7±0,8	-	5,6±1,2
Астено-іпохондрична депресія	-	-	-	-
Астено- анергічна(психастенічна) депресія	-	-	2,5±0,7	-
Дисфорічна депресія	-	5,4±1,2	10,0±1,7*	2,8±0,9

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами дослідження основних синдромальних проявів АР в період ремісії ППЕ, представленим у таблиці 3.12, у хворих з ГППРбСШ АР проявлялися у формі веселої гіпоманії, тужливо-адинамічного, тривожного і соматовегетативного субдепресивних станів. У порівнянні з іншими групами хворих, в групі хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ не виявлено статистично достовірних відмінностей по АР в період ремісії ППЕ (при $P > 0,5$).

У хворих з ГППРзСШ афективні розлади в період ремісії ППЕ проявлялись у формі анестетичних (деперсоналізаційного), тривожного, сенесто-іпохондричного, соматовегетативного і дисфорічного субдепресивних станів.

У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними є прояви АР в період ремісії ППЕ в формі тривожного субдепресивного стану (поєднання невираженої пригніченості, ідеаторної і моторної загальмованості з тривожними розладами, що не перевищують середнього ступеня вираженості. У хворих відзначаються різноманітні тривожні побоювання, переживання, що станеться щось страшне, незворотнє, невиражене моторне занепокоєння, метушливість, тривожні соматовегетативні розлади. Тривога не досягає рівня страху і не супроводжується станом мовнорухового порушення) (в 10,8% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з ГШПР афективні розлади в період ремісії ППЕ проявлялись у формі тужливо-адинамічного, анестетичного (деперсоналізаційного), сенесто-іпохондричного, астено-анергічного (психастенічного) і дисфорічного субдепресивних станів.

У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними є прояви АР в період ремісії ППЕ у формі дисфорічного субдепресивного стану (поєднання невираженої пригніченості настрою з похмурістю, дратівливістю, похмурістю, прискіпливістю, конфліктністю, униканням спілкування, самотою. Хворі відзначають незначне невдоволення собою і оточуючими, переживають нудьгу, відчувають одноманітність життя і зниження активності) (в 10,0% випадків, при $p < 0,05$).

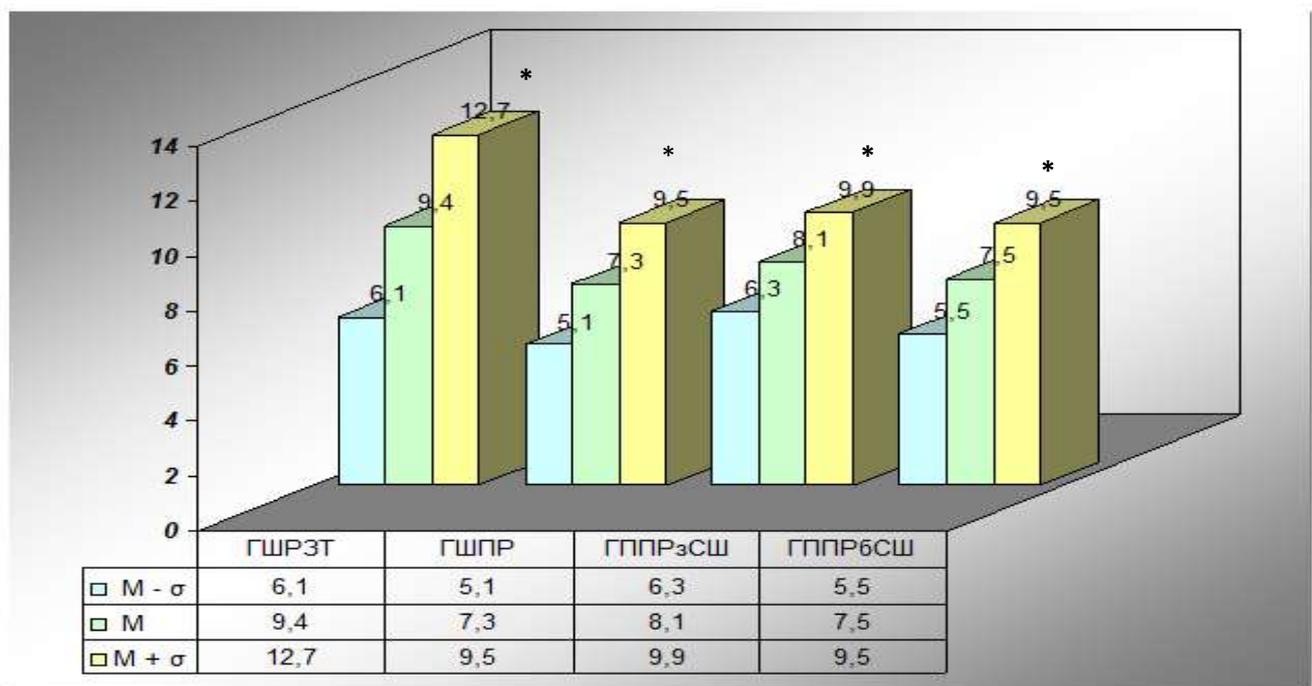
У хворих з ГШРЗТ афективні розлади в період ремісії ППЕ проявлялись у формі гнівливої і веселої гіпоманії, тужливо-адинамічного, тривожного, соматовегетативного і дисфорічного субдепресивних станів.

У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними є прояви АР в період ремісії ППЕ у формі тужливо-адинамічного субдепресивного розладу (пригніченість настрою, афект туги, ідеї самозвинувачення, відчуття «розбитості», загальмованість мислення легкого ступеня вираженості, невиражені соматичні

ознаки депресії і добові коливання настрою, гіподинамічні моторні порушення) (в 8,3% випадків, при $p < 0,05$).

Оцінка тяжкості депресії і вираженості депресивної симптоматики у пацієнтів з АР в періоді ремісії ППЕ, в групах хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗ, була проведена за допомогою Шкали Гамільтона (HDRS) і Калгарійської шкали депресії (CDSS).

Результати оцінки представлені на рисунку 3.3 і таблицях 3.13, 3.14



Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - $P > 0,5$

Рис. 3.3. Тяжкість депресії на стадії ремісії АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

У хворих з АР на стадії ремісії ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ не виявлено статистично достовірних відмінностей по тяжкості депресії (при $P > 0,5$). Тяжкість депресивних розладів у хворих з АР на стадії ремісії ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ не перевищувала субдепресивного рівня: $7,5 \pm 2,0$ - при ГППРбСШ; $8,1 \pm 1,8$ - при ГППРзСШ; $7,3 \pm 2,2$ - при ГШПР; $9,4 \pm 3,3$ - при ГШРЗТ.

Таблиця 3.13

Вираженість депресивної симптоматики на стадії ремісії АР ППЕ

Депресивна симптоматика	Вираженість депресивної симптоматики (M±σ)			
	ГППР6СШ	ГППР3СШ	ГШПР	ГШРЗТ
Депресивний настрій	0,7±0,2	0,9±0,3	0,6±0,3	1,0±0,3
Почуття провини	0,5±0,2	0,5±0,2	0,5±0,2	1,2±0,2**
Суїцидальні наміри	0,5±0,3	0,5±0,3	0,5±0,2	0,7±0,3
Раннє безсоння	0,7±0,1	1,3±0,2*	0,5±0,3	0,5±0,2
Середнє безсоння	0,9±0,2	0,7±0,3	0,5±0,1	0,9±0,3
Пізнє безсоння	0,5±0,1	0,5±0,3	0,7±0,3	0,8±0,2
Працездатність та активність	0,6±0,1	0,5±0,2	0,5±0,1	0,7±0,2
Загальмованість	0,5±0,2	0,5±0,2	0,5±0,2	0,7±0,3
Ажитація	0,5±0,2	0,7±0,1	0,7±0,2	0,5±0,3
Психічна тривога	0,5±0,3	1,1±0,3**	0,5±0,1	0,5±0,2
Соматична тривога	1,1±0,2**	0,5±0,1	0,4±0,1	0,5±0,2
Шлунково-кишкові соматичні симптоми	1,0±0,3	0,8±0,3	0,5±0,2	0,9±0,2
Генітальні симптоми	0,7±0,2	0,5±0,2	0,5±0,3	0,5±0,2
Загальні соматичні симптоми	0,8±0,2	0,5±0,2	0,6±0,2	0,7±0,2
Іпохондричні еквіваленти депресії	0,5±0,3	0,4±0,1	0,5±0,1	0,5±0,2
Втрата ваги тіла	0,5±0,2	0,4±0,1	0,5±0,1	0,5±0,2
Критичність до хвороби	0,7±0,3	0,6±0,2	1,2±0,1*	0,7±0,3
Добові коливання настрою	0,7±0,2	0,5±0,4	0,5±0,2	1,3±0,2*
Деперсоналізація та дереалізація	0,5±0,2	0,7±0,2	0,5±0,2	0,5±0,1
Параноїдні симптоми (конгруентні депресії)	0,4±0,1	0,5±0,2	0,5±0,3	0,5±0,3
Обсесивно-компульсивні с-ми	0,4±0,2	0,4±0,1	0,5±0,3	0,4±0,1

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 3.13, у хворих АР при ГППР6СШ в період ремісії ППЕ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, безсоння (труднощі при засинанні, часті пробудження серед ночі), зниження працездатності і активності, соматична тривога, шлунково-кишкові, генітальні та загальносоматичні симптоми, зниження критики до хвороби, добові коливання настрою легкого ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами

хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є соматична тривога легкого ступеня вираженості ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$).

У хворих АР при ГППРЗСШ в період ремісії ППЕ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, безсоння (труднощі при засинанні, часті пробудження серед ночі), ажитація, психічна тривога, шлунково-кишкові соматичні симптоми, відсутність критики до хвороби, деперсоналізація і дереалізація легкого ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: безсоння (труднощі засинання) легкого ступеня вираженості ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) і психічна тривога легкого ступеня вираженості ($1,1 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,01$).

У хворих АР при ГШПР в період ремісії ППЕ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, безсоння (раннє пробудження), ажитація, загальносоматичні симптоми, відсутність критики до хвороби легкого ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є відсутність критики до хвороби легкого ступеня вираженості ($1,2 \pm 0,1$ бала, при $p < 0,05$).

У хворих АР при ГШРЗТ в період ремісії ППЕ основною депресивною симптоматикою є: депресивний настрій, почуття провини, суїцидальні наміри, безсоння (часті пробудження серед ночі і раннє пробудження вранці), зниження працездатності і активності, загальмованість, шлунково-кишкові та загальносоматичні симптоми, відсутність критики до хвороби, добові коливання настрою легкого ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними депресивними симптомами у хворих цієї групи є: почуття провини легкого ступеня вираженості ($1,2 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) і добові коливання настрою легкого ступеня вираженості ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$).

Таблиця 3.14

Вираженість депресивної симптоматики на стадії ремісії АР ППЕ

Депресивна симптоматика	Вираженість депресивної симптоматики ($M \pm \sigma$)			
	ГППР6СШ	ГППР3СШ	ГШПР	ГШРЗТ
Показник депресії	0,6±0,4	0,8±0,2	0,7±0,2	0,9±0,2
Показник безнадійності	0,4±0,2	0,6±0,3	0,8±0,3	0,8±0,2
Показник самооцінки (самоприпинення)	0,4±0,1	0,8±0,2	0,5±0,2	0,8±0,3
Показник ідей та відчуття звинувачення	0,4±0,2	0,5±0,2	1,0±0,2**	0,5±0,3
Показник патологічного почуття провини	0,4±0,2	0,5±0,2	0,4±0,1	0,9±0,2*
Показник ранкової депресії	0,5±0,2	0,5±0,1	0,4±0,2	0,5±0,2
Показник раннього пробудження	0,5±0,3	0,7±0,3	0,4±0,1	0,7±0,2
Показник суїцидальної активності (поведінки)	0,4±0,2	0,5±0,2	0,4±0,1	0,5±0,2
Показник спостерігаємої депресії	0,5±0,1	0,7±0,3	0,6±0,2	0,8±0,3

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами дослідження, представленими в таблиці 3.14, у хворих з депресією в період ремісії ППЕ при ГППР6СШ і ГППР3СШ, в порівнянні з іншими групами хворих не виявлено статистично достовірних відмінностей за показниками вираженості депресивної симптоматики (при $P > 0,5$).

У хворих з депресією при ГШПР в період ремісії ППЕ виявлені легкого ступеня вираженості показники депресії, безнадійності, ідей та відчуття звинувачення і спостерігаємої депресії. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками вираженості депресивної симптоматики у хворих цієї групи є показник ідей та відчуття звинувачення легкого ступеня ($1,0 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) вираженості (пацієнт відчуває, що йому/їй дорікають, але не звинувачують, менш, ніж 50% часу).

У хворих з депресією при ГШРЗТ в період ремісії ППЕ виявлені легкого ступеня вираженості показники депресії, безнадійності, самоприниження, почуття провини, раннього пробудження і спостерігаємої депресії. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками вираженості депресивної симптоматики у хворих цієї групи є показник почуття провини у легкому ступені ($0,9 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) вираженості (пацієнт відчуває надмірне почуття провини з приводу якогось дрібного проступку, але менше 50% часу).

З допомогою шкали Гамільтона (HARS) у хворих АР ППЕ в групах пацієнтів з ГППРБСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ, на стадії ремісії була оцінена вираженість тривожної симптоматики.

Результати оцінки представлені в таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Вираженість тривожної симптоматики на стадії ремісії АР ППЕ

Тривожна симптоматика	Вираженість тривожної симптоматики ($M \pm \sigma$)			
	ГППРБСШ	ГППРзСШ	ГШПР	ГШРЗТ
1	2	3	4	5
Тривожний настрій	$0,6 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,4^*$	$0,7 \pm 0,2$	$0,5 \pm 0,2$
Напруження	$0,5 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,3^*$	$0,5 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,2$
Страхи	$0,4 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,2$
Інсомнія	$0,5 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,2^*$	$0,6 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,3$

Продовження табл. 3.15

1	2	3	4	5
Інтелектуальні порушення	0,4±0,2	0,8±0,1	0,5±0,2	0,7±0,3
Депресивний настрій	0,7±0,2	0,8±0,3	0,6±0,1	0,8±0,3
Соматичні м'язові симптоми	0,5±0,2	0,7±0,3	0,6±0,2	0,6±0,4
Соматичні сенсорні симптоми	0,5±0,3	0,5±0,1	0,4±0,1	0,5±0,1
Серцево-судинні симптоми	0,7±0,2	0,4±0,1	0,5±0,2	0,4±0,2
Респіраторні симптоми	0,5±0,2	0,5±0,2	0,5±0,1	0,4±0,1
Гастроінтестинальні симптоми	0,7±0,2	0,5±0,2	0,5±0,2	0,5±0,1
Сечостатеві симптоми	0,5±0,3	0,4±0,2	0,4±0,2	0,5±0,2
Вегетативні симптоми	1,3±0,2**	0,5±0,3	0,5±0,3	0,4±0,2
Поведінка при огляді	0,5±0,2	1,1±0,2**	0,5±0,2	0,4±0,1

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

За результатами, поданими в таблиці 3.15, можна констатувати, що у хворих ГППРБСШ з АР в період ремісії ППЕ виявлена тривожність з депресивним настроєм, серцево-судинними і гастроінтестинальними симптомами легкого ступеня вираженості, з вегетативними симптомами помірного ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками тривожної симптоматики у хворих цієї групи є вегетативні симптоми помірного ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості.

У хворих ГППРЗСШ з АР в період ремісії ППЕ виявлена тривожність з напругою, інсомнією, тривожною поведінкою при огляді помірного ступеня вираженості, зі страхами, когнітивними порушеннями, депресивним настроєм, соматичними м'язовими симптомами легкого ступеня вираженості. У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірними показниками тривожної симптоматики у хворих цієї групи є: тривожність помірного ($1,3 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості (очікування гіршого, тривожні побоювання і т. д.), напруга помірного ($1,0 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості (відчуття напруги, здригання, плаксивість, тремтіння, занепокоєння, нездатність розслабитися і т. д.), інсомнія помірного ($1,2 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) ступеня вираженості (утруднене засипання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття

розбитості і слабкості при пробудженні) і тривожна поведінка при огляді помірного ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня вираженості (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини, блідість обличчя, жваві сухожилльні рефлекси і т. д.).

У хворих ГШПР і ГШРСТ з АР в період ремісії ППЕ, в порівнянні з іншими групами хворих не виявлено статистично достовірних відмінностей за показниками вираженості тривожної симптоматики (при $P > 0,5$).

Аналіз інтенсивності і якісного складу клінічних симптомів у хворих з АР в період ремісії ППЕ в групах пацієнтів з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ, був проведений за допомогою шкали продромальних симптомів SOPS.

Результати цього аналізу представлені в таблиці 3.16.

Продовження табл. 3.16

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Дисфоричний настрій	Відсутній	29	85,3±9,5	31	83,8±8,6	31	77,5±7,9	32	88,9±9,4
	Мінімальний	2	5,9±0,9	4	10,8±1,7	2	5,0±1,0	2	5,6±1,2
	Слабкий	3	8,8±1,1	2	5,4±1,2	6	15,0±2,0*	2	5,6±1,2
	Помірний	-	-	-	-	1	2,5±0,7	-	-
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Порушення моторики	Відсутній	27	79,4±8,6	31	83,8±8,6	35	87,5±9,1	31	86,1±8,7
	Мінімальний	4	11,8±1,3	3	8,1±1,4	3	7,5±1,4	2	5,6±1,2
	Слабкий	2	5,9±0,9	3	8,1±1,4	2	5,0±1,0	3	8,3±1,4
	Помірний	1	2,9±0,8	-	-	-	-	-	-
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Зниження толерантності до звичайного стресу	Відсутній	21	61,8±6,6	29	78,4±8,2	33	82,5±8,5	24	66,7±6,7
	Мінімальний	5	14,7±1,5	3	8,1±1,4	4	10,0±1,7	1	2,8±0,9
	Слабкий	7	20,6±1,9*	4	10,8±1,7	2	5,0±1,0	4	11,1±1,7
	Помірний	1	2,9±0,8	1	2,7±0,8	1	2,5±0,7	7	19,4±2,3**
	Середній	-	-	-	-	-	-	-	-
	Сильний	-	-	-	-	-	-	-	-
	Крайній	-	-	-	-	-	-	-	-
Вираженість групи симптомів (M±σ балів)		0,37±0,13		0,41±0,14		0,31±0,08		0,39±0,11	

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно аналізу інтенсивності та якісного складу психопатологічних симптомів у хворих з ППЕ АР при ГППРБСШ (табл. 3.16), в період ремісії психозу клінічних симптомів переважають:

- проблеми з фокусуванням і увагою (слабка концентрація уваги, неуважність, відволікання, труднощі у підтримуванні або переміщенні фокусу уваги на нові стимули, проблеми, пов'язані із збереженням розмови в пам'яті) легкого ступеня вираженості (втрата фокусування і концентрації уваги легше викликається, ніж зазвичай) (в 23,5% випадків, при $p < 0,01$);

- зниження толерантності до звичайного стресу (уникає стресогенні ситуації, які раніше легко переносились, важко пристосовується у повсякденному житті) легкого ступеня вираженості (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість) (20,6% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР при ГППРЗСШ, в період ремісії психозу клінічних симптомів переважають:

- погіршення рольового функціонування (труднощі виконання рольових функцій, які раніше не викликали проблем, труднощі продуктивних взаємин с колегами) легкого ступеня вираженості (труднощі у функціонуванні на роботі, в школі (інституті), у взаєминах, що є очевидним для інших) (в 16,2% випадків, при $p < 0,01$);

- химерне, вичурне мислення (дивацтва, спотворення, алогічність в мисленні) легкого ступеня вираженості (іноді з'являються в мисленні незвичайні, трохи спотворені або алогічні ідеї, які можуть бути скориговані ззовні) (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$);

- розлади сну (проблеми з засипанням, ранні пробудження і неможливість знову заснути, втома вдень і сонливість протягом дня) легкого ступеня вираженості (труднощі при засипанні) (у 21,6% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР при ГШПР, в період ремісії психозу клінічних симптомів переважають:

- підозрілість (надмірна заклопотаність з приводу мотивації інших людей, недовіра, підозрілість, параноїдне мислення, що виражається у відкрито недовірливому відношенні до оточуючих і подій) легкого ступеня вираженості (обережність, сумніви в безпеці, надпильність без чіткого джерела небезпеки) (в 20,0% випадків, при $p < 0,01$);

- збіднення змісту мислення (труднощі абстрактного мислення, брак складних мовних зворотів, стереотипність у мисленні) легкого ступеня вираженості (труднощі з абстрактним мисленням) (в 15,0% випадків, при $p < 0,01$);

- дисфоричний настрій (зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, проблеми зі сном, зниження апетиту, відчуття втрати енергії, труднощі концентрації уваги, відчуття нікчемності, непотрібності, вини або тривоги, паніка, генералізовані страхи, дратівливість, ворожість, гнів, невгамовність, метушливість, ажитація, нестійкий настрій) легкого ступеня вираженості (частіше звичайного відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «синьою панчохою», «білою вороною») (у 15,0% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР при ГШРЗТ, в період ремісії психозу клінічних симптомів переважають:

- концептуальна дезорганізація (розпливчате, метафоричне, громіздке, стереотипне, нецілеспрямоване, непослідовне, абстрактне, паралогічне мислення, прискорення або вповільнення думок, надання неправильних назв предметам, втрата суті розмови, розпорошення асоціацій) легкого ступеня вираженості (аморфне, розпливчате, метафоричне та громіздке мислення) (в 16,7% випадків, при $p < 0,01$);

- соціальна неухважність (зневага до себе і знижена соціальна залученість) легкого ступеня вираженості (знижена увага до свого зовнішнього вигляду, але все ще вкладається в рамки норм і субкультури) (в 13,9% випадків, при $p < 0,01$);

- зниження толерантності до звичайного стресу (уникає стресогенні ситуації, які раніше легко переносились, важко пристосовується у повсякденному житті) до помірного ступеня вираженості (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги понад очікуваної вираженості, несподівані події звичайного дня «вибивають з колії») (в 19,4% випадків, при $p < 0,01$).

Таким чином, згідно з результатами дослідження, у хворих з ГППРБСШ АР в період ППЕ проявлялися експансивної манією (у 20,6% випадків, при $p < 0,05$) і малим ($12,9 \pm 3,3$ бала, при $p < 0,05$) депресивним епізодом сомато-вегетативної депресії (у 29,4% випадків, при $p < 0,01$) з переважанням в клініці АР: ідей самовихваляння і самовпевненості (у 17,6% випадків, при $p < 0,05$); маячних ідей (значення, інсценування, символічної інтерпретації навколишнього, фантастичного змісту) (в 55,9% випадків, при $p < 0,01$) в помірному ступені, галюцинаторної поведінки (справжні слухові і зорові галюцинації) (у 52,9% випадків, при $p < 0,05$) в середній мірі, соматичної тривоги, як депресивного еквівалента, середньо-важкого ($2,8 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, шлунково-кишкових еквівалентів депресії (у 20,6% випадків, при $p < 0,05$) середнього ($2,1 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, симпатоадреналових і вагоінсулярних вегетативно-вісцеральних кризів, депресивного генезу (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$) помірного ($1,8 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, безсоння (часті пробудження серед ночі) середнього ($2,2 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня з суїцидальним ризиком легкого ($101,9 \pm 20,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, позитивно корелює ($r = -0,55 - 0,64$) з вираженістю галюцинаторної поведінки, соматичної тривоги і безсоння.

У хворих з ГППРзСШ АР в період ППЕ проявлялись великим депресивним епізодом ($30,7 \pm 6,6$ бала, при $p < 0,05$) тривожної (в 32,4% випадків, при $p < 0,01$) і анестетичної (деперсоналізаційної) (в 18,9% випадків, при $p < 0,05$) депресій з переважанням в клініці АР: маячних ідей (маревне тлумачення,

маревне сприйняття, марення впливу, відношень, двійника, отруєння) (64,9% випадків, при $p < 0,05$) середнього ступеня, деперсоналізації та дереалізації важкого ($3,3 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, психічної тривоги, як депресивного еквівалента, (в 16,2% випадків, при $p < 0,01$) середньо-важкого ($2,9 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, тривожної поведінки, депресивного генезу помірно важкого ($2,3 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, напруги, тривожно-депресивного генезу (в 24,3% випадків, при $p < 0,05$) помірно важкого ($2,2 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, ажитації, тривожно-депресивного генезу (у 37,8% випадків, при $p < 0,01$) середньо-важкого ($2,6 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, безнадії важкого ($2,7 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, самоприниження важкого ($2,4 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, респіраторних симптомів, тривожно-депресивного генезу (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель і т. д.) (у 21,6% випадків, при $p < 0,01$) помірно важкого ($2,0 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, ригідності мислення (в 45,9% випадків, при $p < 0,05$) з суїцидальним ризиком середньо-високого ($411,2 \pm 74,9$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, позитивно корелює ($r = 0,58-0,68$) з вираженістю психічного напруги, ажитації і безнадії.

У хворих з ГШПР АР в період ППЕ проявлялись малим-великим ($15,3 \pm 3,8$ бала, при $p < 0,05$) депресивним епізодом дисфорічної (у 37,5% випадків, при $p < 0,01$) і сенесто-іпохондричної (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$) депресії з переважанням в клініці АР: підозрілості (страх переслідування) (у 40,0% випадків, при $p < 0,01$) депресії у сильному ступені вираженості, емоційної відчуженості (у 37,5% випадків, при $p < 0,01$) помірно-середнього ступеня, ворожості (у 30,0% випадків, при $p < 0,01$) в середній мірі, іпохондричних еквівалентів депресії (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$) важкого ($3,2 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, страхів іпохондричного характеру, депресивного генезу помірно важкого ($2,3 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, загальносоматичних ($2,9 \pm 0,7$ бала, при $p < 0,05$) та генітальних (прискорене і хворобливе сечовипускання, неприємні відчуття в області сечового міхура, болі

в лобковій області і т. д.) (у 22,5% випадків, $2,5 \pm 0,5$ бала, при $p < 0,05$) симптомів депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня, психосенсорних розладів (відчуття коливань ґрунту під ногами і коливань предметів) (в 12,5% випадків, при $p < 0,01$) і порушень чутливості (гіпестезії, гіперестезії і парестезії) (в 17,5% випадків, при $p < 0,01$), депресивного генезу, рудиментарних рухових розладів (у 67,5% випадків, при $p < 0,05$) з суїцидальним ризиком легкого ($98,8 \pm 24,5$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, позитивно корелює ($r = 0,61 - 0,73$) з вираженістю підозрливості, страхів і ворожості.

У хворих з ГШРЗТ АР в період ППЕ проявлялись гнівливою манією (у 22,2% випадків, при $p < 0,01$) і великим ($28,1 \pm 5,8$ бала, при $p < 0,05$) депресивним епізодом тужливо-адинамічної (у 30,6% випадків, при $p < 0,01$) депресії з переважанням в клініці АР: маячних ідей самозвинувачення, гріховності, нігілістичного змісту, отруєння, величі, магічного змісту) (в 36,1% випадків, при $p < 0,05$) у сильному ступені, ідей величі (17,7% випадків, при $p < 0,01$) у сильному ступені, прискорення процесів мислення (в 33,3% випадків, при $p < 0,05$), почуття провини (у 22,2% випадків, при $p < 0,01$) сильного ступеня, моторної загальмованості сильного (у 16,7% випадків, при $p < 0,05$) ступеня, зниження працездатності і активності в середньо-важкого ($2,8 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, зниження комунікабельності (у 16,7% випадків, при $p < 0,05$) в помірному ступені, втрати маси тіла середньо-важкого ($2,7 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, закріпів (у 41,7% випадків, при $p < 0,05$), порушень зорової і короткочасної пам'яті (в 63,9% випадків, при $p < 0,01$) з суїцидальним ризиком середньо-високого ($396,7 \pm 68,5$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, позитивно корелює з вираженістю маячних ідей ($r = 0,64$) і почуття провини ($r = 0,71$).

Згідно аналізу інтенсивності та якісного складу продромальних симптомів у хворих з ППЕ АР при ГППРБСШ в клініці продромального періоду переважають: проблеми з фокусуванням і увагою (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$) у легкому ступені (слабка концентрація уваги, неуважність, відволікання,

труднощі у підтримуванні або переміщенні уваги на нові стимули, проблеми збереження розмови в пам'яті); розлади сну (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$) до помірного ступеня (неспокійний сон, труднощі при засинанні, труднощі знову заснути при пробудженні, втома протягом дня, пов'язана з труднощами засипання або з раннім пробудженням); зниження толерантності до стресу (в 23,5% випадків, при $p < 0,01$) до помірного ступеня (втому в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість, несподівані події звичайного дня «вибивають з колії»); афективно-екзальтована (в 23,5% випадків, $18,0 \pm 1,0$ бала, при $p < 0,05$) і емотивна (у 17,6% випадків, при $p < 0,01$; $16,6 \pm 2,0$ бала, при $p < 0,05$) форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації.

У групі хворих з АР ППЕ при ГППРзСШ в клініці продромального періоду переважають: незвичайний зміст мислення (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$) у легкому ступені (несподівані думки, відчуття, руху, викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилося); соціальна ізоляція, самотність (у 21,6% випадків, при $p < 0,05$) у легкому ступені (ніяковість в присутності інших, не зацікавлений або тривожний в більшості соціальних ситуацій, але є соціальна активність); зниження вираженості емоцій (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$) у легкому ступені (емоційний відгук з затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна); зниження переживань емоцій і самого себе (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$) у легкому ступені (почуття дистанції від інших, приглушеність почуттів, неможливість вираження сильних емоцій, труднощі розпізнавання різних емоцій); зниження толерантності до стресу (в 24,3% випадків, при $p < 0,05$) у легкому ступені (втомлюється в кінці робочого дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість); акцентуїована ($21,1 \pm 2,3$ бала, при $p < 0,05$) афективно-ригідна (27,0% випадків, при $p < 0,01$) форма емоційного реагування.

У групі хворих з АР ППЕ при ГШПР в клініці продромального періоду переважають: незвичайний зміст мислення (у 20,0% випадків, при $p < 0,05$) до помірного ступеня (несподівані думки, відчуття, рухи, що викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилося, непередбачені психічні події, які не можуть бути не помічені - дратують або бентежать); підозрілість (у 20,0% випадків, при $p < 0,01$) до помірного ступеня (виражена обережність, сумніви в безпеці, надпильність без чіткого джерела небезпеки, розуміння, що люди ворожі, ненадійні і легко підкоряють своїй волі, подив і недовірливість); концептуальна дезорганізація (у 17,5% випадків, при $p < 0,01$) до помірного ступеня (раптові слова і фрази, які не мають сенсу, аморфне, непослідовне мислення, неправильні слова, безглузді теми, метафоричне, громіздке, стереотипне мислення); соціальна ізоляція або усамітнення (у 20,0% випадків, при $p < 0,05$) до помірного ступеня (відчуває незручність у присутності інших, не зацікавлений в більшості соціальних ситуацій, бере участь у соціальній діяльності неохоче через тривогу або відсутність інтересу); зниження вираженості емоцій (в 20,0% випадків, при $p < 0,05$) до помірного ступеня (емоційний відгук з затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна, комунікації короткі, не цікаві, в розмові відчувається формальність); дисфорічний настрій (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$) до помірного ступеня (невдоволення собою, відчуття себе «синьою панчохою», «білою вороною», періодична наявність «поганого» почуття, яке може розцінюватися як прояв депресії, гніву, ворожості, нестійкого настрою); акцентуїтована тривожна (у 20,0% випадків, $20,7 \pm 2,4$ бала, при $p < 0,05$) і збудлива (у 22,5% випадків, при $p < 0,01$; $22,4 \pm 1,0$ бала, при $p < 0,05$) форми афективного реагування.

У групі хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ в клініці продромального періоду переважають: концептуальна дезорганізація (у 38,9% випадків, при $p < 0,05$) у легкому ступені (аморфне, розпливчасте, метафоричне, громіздке і непослідовне мислення); погіршення рольового функціонування (у 30,6% випадків, при $p < 0,05$) у легкому ступені (очевидні для інших труднощі функціонування на роботі, в школі (інституті), у взаєминах); розлади сну (в 36,1% випадків, при $p < 0,05$) у легкому

ступені (неспокійний сон, труднощі при засипанні і знову заснути при пробудженні); дисфоричний настрій (у 22,2% випадків, при $p < 0,01$) у легкому ступені (часте відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «синьою панчохою», «білою вороною», як один з проявів депресії); акцентуована ($20,8 \pm 2,2$ бала, при $p < 0,05$) циклотимічна (у 25,0% випадків, при $p < 0,05$) форма афективного реагування.

Згідно клінічного аналізу у хворих з АР при ГППРБСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважають: соматична тривога легкого ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, вегетативні симптоми помірного ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, проблеми з фокусуванням і увагою (в 23,5% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (втрата фокусування і концентрації уваги легше викликається, ніж зазвичай), зниження толерантності до звичайного стресу (у 20,6% випадків, при $p < 0,05$) легкого ступеня (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість).

У хворих з АР при ГППРЗСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважають: тривожний субдепресивний ($8,1 \pm 1,8$ бала, при $P > 0,5$) розлад (в 10,8% випадків, при $p < 0,01$) з безсонням (труднощі засинання) (у 21,6% випадків, при $p < 0,05$) розлад легкого ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, помірною тривожністю ($1,3 \pm 0,4$ бала, при $p < 0,05$), напругою ($1,0 \pm 0,3$ бала, при $p < 0,05$) помірного ступеня, помірною тривожністю поведінки ($1,1 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$), погіршенням рольового функціонування (у 16,2% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (труднощі у функціонуванні на роботі, в школі (інституті), у взаєминах, що є очевидним для інших), чудернацьким мисленням (в 18,9% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (іноді з'являються в мисленні незвичайні, трохи спотворені або алогічні ідеї, кориговані ззовні).

У хворих з АР при ГШПР, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважають: дисфоричний субдепресивний ($7,3 \pm 2,2$ бала, при $P > 0,5$) розлад (у 10,0% випадків, при $p < 0,05$) з відсутністю критики до хвороби легкого ($1,2 \pm 0,1$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, ідеями і відчуттями звинувачення легкого ($1,0 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, підозрілістю (у 20,0% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня

(обережність, сумніви в безпеці, надпильність без чіткого джерела небезпеки), збіднінням змісту мислення (у 15,0% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (труднощі з абстрактним мисленням), дисфоричним настроєм (у 15,0% випадків, при $p < 0,05$) легкого ступеня (частіше звичайного відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «синьою панчохою», «білою вороною»).

У хворих з АР при ГШРЗТ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважають: тужливо-адинамічний субдепресивний ($9,4 \pm 3,3$ бала, при $P > 0,5$) розлад (в 8,3% випадків, при $p < 0,05$) з почуттям провини легкого ($1,2 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,01$) ступеня, добовими коливаннями настрою легкого ($1,3 \pm 0,2$ бала, при $p < 0,05$) ступеня, концептуальною дезорганізацією мислення (у 16,7% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (аморфне, розпливчасте, метафоричне і громіздке мислення), соціальною неухважністю (в 13,9% випадків, при $p < 0,01$) легкого ступеня (знижена увага до свого зовнішнього вигляду, але все ще вкладається в рамки норм і субкультури), зниженням толерантності до звичайного стресу (в 19,4% випадків, при $p < 0,01$) помірного ступеня (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікувану вираженість, несподівані події звичайного дня «вибивають з колії»).

РОЗДІЛ 4

**ОСНОВНІ ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ
ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З АР ППЕ
ПРИ ГОСТРОМУ ПОЛІМОРФНОМУ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНОМУ ТА
ШИЗОАФЕКТИВНОМУ ПСИХОТИЧНОМУ РОЗЛАДІ**

У вивченні патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР ППЕ брало участь 147 хворих:

- 34 пацієнта з діагнозом ГППРбСШ (F23.0);
- 37 пацієнтів з ГППРзСШ (F23.1);
- 40 пацієнтів з ГШПР (F23.2);
- 36 пацієнтів з ГШРЗТ (F25.2).

У цього контингенту хворих, при вивченні їх патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей використовувались:

- характерологічний опитувальник К. Леонгарда - Г. Шмішека (дані представлені в розділі 3);
- особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ);
- шкала глобального функціонування (GAF);
- метод діагностики соціально-психологічної адаптації [81, 130, 141, 167, 233].

У цьому дослідженні внутрішня картина хвороби у пацієнтів з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ була вивчена за допомогою особистісного опитувальника Бехтеревського інституту .

Результати цього вивчення представлені в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Внутрішня картина хвороби
у пацієнтів з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ

Типи відношення до хвороби	Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
	ГППРбСШ (n=34)	ГППРзСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
1	2	3	4	5
Гармонійний	8,8±1,1	5,4±1,2	2,5±0,7	5,6±1,2
Тривожний	11,8±1,3	27,0±2,8**	5,0±1,0	8,3±1,4

Продовження табл. 4.1

1	2	3	4	5
Іпохондричний	8,8±1,1	10,8±1,7	2,5±0,7	8,3±1,4
Меланхолійний	17,6±1,7	18,9±2,3	17,5±2,4	33,3±3,5*
Апатичний	2,9±0,8	5,4±1,2	5,0±1,0	19,4±2,3**
Неврастенічний	5,9±0,9	8,1±1,4	5,0±1,0	5,6±1,2
Обсесивно-фобічний	2,9±0,8	2,7±0,8	-	5,6±1,2
Сензитивний	20,6±1,9	32,4±3,2*	17,5±2,4	19,4±2,3
Егоцентричний	8,8±1,1	8,1±1,4	10,0±1,7	11,1±1,7
Ейфорійний	20,6±1,9*	10,8±1,7	10,0±1,7	11,1±1,7
Анозогнозичний	20,6±1,9	18,9±2,3	35,0±3,7*	19,4±2,3
Ергопатійний	-	-	-	-
Паранойяльний	11,8±1,3	10,8±1,7	32,5±3,4**	8,3±1,4

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 4.1, у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ переважають меланхолійний, сензитивний, ейфорійний та анозогнозичний типи ВКХ.

У порівнянні з іншими групами хворих, статистично достовірним є ейфоричний тип ВКХ (20,6% випадках, при $p < 0,05$). У хворих з цим типом ВКХ необґрунтовано підвищений настрій. Знижена критика до хвороби. Вони зневажливо і легковажно ставляться як до хвороби, так і до її лікування. Сподіваються на те, що «саме все обійдеться, пройде». В процесі проведеної терапії, хворі з цим типом ВКХ, з легкістю порушують режим лікування, навіть якщо ці порушення несприятливо позначаються на одужанні або викликають значні ускладнення. Можуть самостійно скасовувати або призначати лікування, змінювати схему прийому ліків і призначень.

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ переважають тривожний, меланхолійний, сензитивний і анозогнозичний типи ВКХ.

У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірними є наступні типи ВКХ:

- тривожний (27,0% випадках, при $p < 0,01$). Хворі з цим типом ВКХ неспокійні і надмірно вразливі щодо несприятливого перебігу психічної хвороби, можливих ускладнень, «неефективності і небезпеки» проведеного

лікування. Хворі з тривожним типом ВКХ постійно знаходяться в пошуку нових способів і методів, на їхню думку, «безпечного лікування», додаткової інформації про ймовірні ускладнення проведеного лікування. В настрої тривожність та пригніченість;

- сензитивний (в 32,4% випадках, при $p < 0,05$). Хворі з цим типом ВКХ проявляють велику заклопотаність щодо можливості справити несприятливе враження на оточуючих відомостями про їх психічну хворобу. У них величезні побоювання, що через хворобу навколишні стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо до нього ставитись, розпускати плітки про хворобу і її наслідки.

У хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають меланхолійний, сензитивний, анозогностичний і паранойяльний типи ВКХ.

У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірними є наступні типи ВКХ:

- анозогностичний (35,0% випадках, при $p < 0,05$). Хворі з цим типом ВКХ не критичні по відношенню до свого психічного захворювання, вони всіляко відкидають думки про наявність у них психічної хвороби, про можливі її наслідки в разі припинення лікування. Прояви хвороби приписуються випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Більша частина хворих з цим типом ВКХ відмовляються від обстеження та лікування;

- паранойяльний (32,5% випадках, при $p < 0,01$). Хворі з цим типом ВКХ впевнені, що хвороба - результат чийогось злого наміру. Вони надмірно підозрілі стосовно прийому лікарських засобів і процедур. Хворі з паранойяльним типом ВКХ не довіряють медичному персоналу, вважають, що лікарі прагнуть нашкодити пацієнту, приписують можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злому наміру медперсоналу. Більша частина хворих з цим типом ВКХ відмовляється від обстеження і лікування.

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ переважають меланхолійний, апатичний, сензитивний і анозогнозичний типи ВКХ.

У порівнянні з іншими групами хворих, в цій групі хворих статистично достовірними є наступні типи ВКХ:

- меланхолійний (у 33,3% випадках, при $p < 0,05$). У хворих з цим типом ВКХ відзначається пригніченість, пригніченість хворобою, невіра в одужання або поліпшення психічного стану. Навіть при сприятливих об'єктивних даних і поліпшенні психічного стану хворі продовжують не вірити в успіх лікування. Із-за невпевненості в перспективі лікування хворі з меланхолійним типом ВКХ часто висловлюють суїцидальні думки;

- апатичний (19,4% випадках, при $p < 0,01$). Хворі з цим типом ВКХ характеризуються повною байдужістю до своєї долі, до результату хвороби, до результатів проведеного лікування. Хворі з апатичним типом ВКХ пасивно підкоряються призначеним процедурам і лікуванню. У них повністю втрачений інтерес до всього, що раніше їх хвилювало.

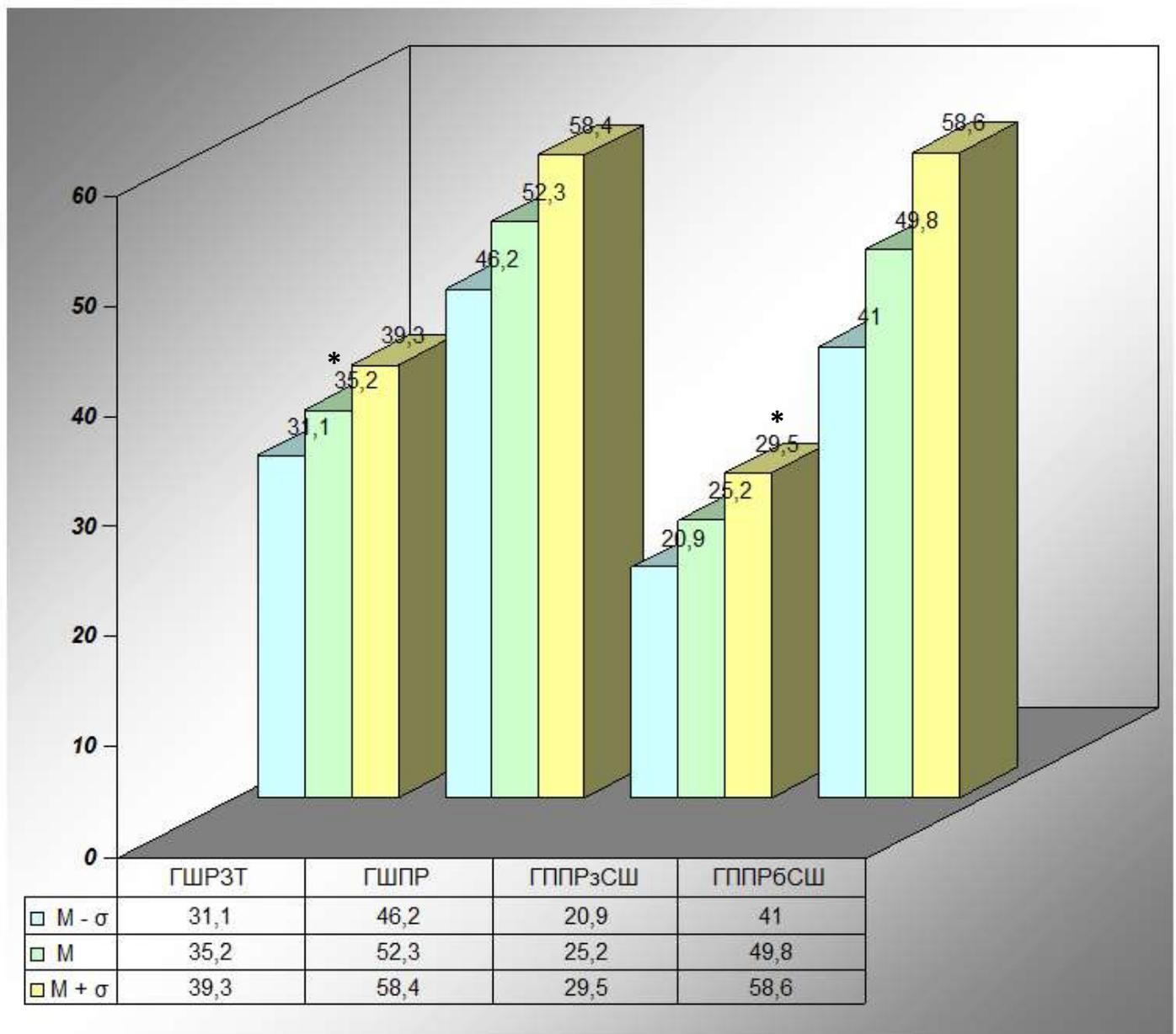
Особливості глобального соціального функціонування хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ були вивчені за допомогою шкали GAF.

Результати вивчення глобального соціального функціонування хворих з АР ППЕ представлені на рисунку 4.1.

Згідно з результатами, представленими в цій діаграмі, у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ вираженість шкали глобального соціального функціонування становила $49,8 \pm 8,8$ бала (помірно-серйозний рівень порушень - від 58,6 до 41,0 бала, при $p < 0,05$).

Соціальне функціонування цих хворих характеризувалось діапазоном від помірних клінічних симптомів і помірних труднощів у соціальній і професійній сфері (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозних клінічних симптомів і серйозного погіршення

функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо).



Умовні позначення:
відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

Рис. 4.1. Вираженість глобального соціального функціонування хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

У хворих з АР ППЕ при ГППРзСШ вираженість шкали глобального соціального функціонування склала - $25,2 \pm 4,3$ бала (рівень, коли поведінка значною

мірою визначається психічним розладом - від 29,5 до 20,9 бала, при $p < 0,05$). Соціальне функціонування цих хворих значною мірою визначалось маревними ідеями і галюцинаціями. У цих хворих відзначалось значні ускладнення у спілкуванні, зниження критики (часом робить неадекватні, безглузді вчинки, зазначається суїцидальна налаштованість), нездатність функціонувати в більшості сфер (цілими днями нічого не робить, безробітний, бездомний і т. д.).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР вираженість шкали глобального соціального функціонування склала - $52,3 \pm 6,1$ бала (помірно-серйозний рівень порушень - від 58,4 до 46,2 бала, при $p < 0,05$). Соціальне функціонування цих хворих було порушеним: від помірних клінічних симптомів і помірних труднощів у соціальній і професійній сфері (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозних клінічних симптомів і серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ вираженість шкали глобального соціального функціонування склала - $35,2 \pm 4,1$ бала (виражений рівень - від 39,3 до 31,1 бала, при $p < 0,05$). Соціальне функціонування цих хворих характеризувалось вираженим погіршенням в різних сферах соціального функціонування, таких як робота, сімейні відносини, розсудливість, мислення, настроїв (уникання друзів, нехтування сім'єю, нездатність виконувати роботу тощо); погіршенням оцінки реальності; труднощами в спілкуванні (мова часом незрозуміла, нелогічна або не відноситься до справи тощо).

В цьому дослідженні аналіз чинників соціально-психологічної адаптації хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ було проведено за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса К., Даймонда Р.

Результати цього вивчення представлені в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Фактори соціально-психологічної адаптації
хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ

Фактори соціально-психологічної адаптації		Кількість хворих з АР ППЕ (%±m)			
		ГППРбСШ (n=34)	ГППРзСШ (n=37)	ГШПР (n=40)	ГШРЗТ (n=36)
1	Адаптивність	11,8±1,3	8,1±1,4	5,0±1,0	5,6±1,2
	Деадаптивність	79,4±8,6	83,8±8,6	82,5±8,5	83,3±8,4
2	Брехливість	8,8±1,1	8,1±1,4	12,5±1,9	11,1±1,4
3	Прийняття себе	26,5±2,5*	10,8±1,7	12,5±1,9	13,9±1,9
	Неприйняття себе	64,7±6,9*	81,1±8,4	75,0±7,7	75,0±7,4
4	Прийняття інших	70,6±7,4	67,6±7,1	35,0±3,7*	69,4±6,9
	Неприйняття інших	20,6±1,6	24,3±2,6	52,5±5,3**	19,4±2,3
5	Емоційний комфорт	23,5±2,2	10,8±1,7	10,0±1,7	22,2±2,5
	Емоційний дискомфорт	67,6±7,1	81,1±8,4	77,5±7,9	66,7±6,7
6	Внутрішній контроль	32,4±3,3	35,1±3,5	30,0±3,3	58,3±5,9*
	Зовнішній контроль	58,8±6,3	56,7±5,8	57,5±5,8	30,6±3,3*
7	Домінування	61,8±6,6	29,7±3,0*	55,0±5,6	61,1±6,2
	Керованість	29,4±2,7	62,2±6,6*	32,5±3,4	27,8±2,9
8	Ескапізм (втеча від проблем)	67,6±7,1*	48,6±4,7	42,5±4,3	25,0±2,7*

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 4.2, у більшості хворих з АР ППЕ діагностується соціально-психологічна дезадаптація:

- при АР ППЕ ГППРбСШ - в 79,4% випадків (при $P > 0,5$);
- при АР ППЕ ГППРзСШ - у 83,8% випадків (при $P > 0,5$);
- при АР ППЕ ГШПР - у 82,5% випадків (при $P > 0,5$);
- при АР ППЕ ГШРЗТ - у 83,3% випадків (при $P > 0,5$).

Хворі із соціально-психологічною дезадаптацією не пристосовані до гармонійної життєдіяльності в суспільстві. Вони не відповідають вимогам соціуму і не можуть співвідносити власні потреби і мотиви з інтересами цього суспільства. Їм важко усвідомити необхідність змін відносин із соціальним середовищем, важко опанувати нові способи поведінки та виробити нові пристосувальні механізми,

орієнтовані на гармонізацію стосунків особистості з соціальним середовищем. У хворих із соціально-психологічною дезадаптацією нереалістична оцінка себе і навколишньої дійсності, знижена особиста активність, поведінкова гнучкість та соціальна компетентність. Їм властиві невротичні відхилення, особистісна незрілість, невміння поважати інших та їх думку, неприйняття себе та інших, наявність захисних бар'єрів в осмисленні свого актуального досвіду, удаване вирішення проблем, дисгармонії у сфері прийняття рішення, що є результатом постійних невдалих спроб індивіда реалізувати цілі.

Аналіз факторів соціально-психологічної дезадаптації, представлений в таблиці 4.2, показав, що у хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ переважають такі фактори як прийняття себе, прийняття інших, емоційний дискомфорт, зовнішній контроль, домінування і ескапізм.

У порівнянні з іншими групами хворих, у пацієнтів з АР ППЕ при ГППРБСШ статистично достовірними є такі чинники соціально-психологічної дезадаптації:

- прийняття себе (позитивна самооцінка, задоволеність пацієнта своїми особистісними особливостями, поведінкою, мотивами, установками та іншими характеристиками особистісної поведінки, когнітивного і емоційного реагування і т. д.) (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$);

- ескапізм (уникання пацієнтом проблемних ситуацій, відхід від їх вирішення і т. д.) (у 67,6% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ з чинників соціально-психологічної дезадаптації переважають такі фактори як неприйняття себе, прийняття інших, емоційний дискомфорт, зовнішній контроль і керованість.

У порівнянні з іншими групами хворих, у пацієнтів з АР ППЕ при ГППРЗСШ статистично достовірним є такі чинники соціально-психологічної дезадаптації:

- високий рівень керованості (залежність від інших, прагнення бути підлеглим, виконувати поставлені кимось завдання, перекладати відповідальність на інших людей і т. д.) (в 62,2% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР з чинників соціально-психологічної дезадаптації переважають такі фактори як неприйняття себе, неприйняття інших, емоційний дискомфорт, зовнішній контроль і домінування.

У порівнянні з іншими групами хворих, у пацієнтів з АР ППЕ при ГШПР статистично достовірними є такі чинники соціально-психологічної дезадаптації:

- високий рівень неприйняття інших (конфлікт з іншими людьми, негативне ставлення до інших індивідуумів, низький рівень потреби пацієнта в спілкуванні і взаємодії з іншими індивідуумами, низька потреба у спільній діяльності з ними і т. д.) (у 52,5% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ з чинників соціально-психологічної дезадаптації переважають такі фактори як неприйняття себе, прийняття інших, емоційний дискомфорт, внутрішній контроль і домінування.

У порівнянні з іншими групами хворих, у пацієнтів з АР ППЕ при ГШРЗТ статистично достовірними є такі чинники соціально-психологічної дезадаптації:

- високий рівень внутрішнього контролю (орієнтація на те, що досягнення життєвих цілей залежить від себе самого, високий рівень відповідальності за події, що відбуваються в житті пацієнта, результати діяльності та їх наслідки пацієнтом пояснюються наслідком своєї поведінки, характеру, здібностей і т. д.) (в 58,3% випадків, при $p < 0,05$);

- низький рівень ескапізму (прагнення вирішити проблемні ситуації, братися за вирішення складних завдань, не ухилятися від відповідальності за рішення проблемних завдань і т. д.) (у 25,0% випадків, при $p < 0,05$).

Таким чином, згідно з результатами вивчення патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ переважає ейфоричний тип ВКХ (необґрунтовано підвищений настрій, зниження критики до хвороби, зневажливе і легковажне ставлення до хвороби і лікування, часті порушення режиму лікування, самостійна відміна лікування і зміна схеми прийому ліків) (20,6% випадках, при $p < 0,05$) з помірно-серйозним ($49,8 \pm 8,8$ бала, при $p < 0,05$) рівнем порушень глобального соціального функціонування (від помірного труднощі

(мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце і т. д.) і соціально-психологічною дезадаптацією з прийняттям себе (позитивна самооцінка, задоволеність своїми особистісними особливостями, поведінкою, мотивами, установками та іншими характеристиками особистісної поведінки, когнітивного і емоційного реагування і т. д.) (в 26,5% випадків, при $p < 0,05$) і високим рівнем ескапізму (уникання пацієнтом проблемних ситуацій, відхід від їх вирішення і т. д.) (у 67,6% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГППРзСШ переважають тривожний (тривожність, пригніченість, неспокій, надмірна недовірливість, побоювання можливих ускладнень хвороби, сумніви в ефективності лікування, пошук нових способів і методів «безпечного лікування», додаткової інформації про ймовірні ускладнення лікування) (27,0% випадках, при $p < 0,01$) і сензитивного (заклопотаність щодо несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про їх психічну хворобу, величезні побоювання, що через хворобу навколишні стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо до нього ставитися і т. д.) (в 32,4% випадках, при $p < 0,05$) типи ВКХ з рівнем глобального соціального функціонування ($25,2 \pm 4,3$ бала, при $p < 0,05$) (рівень, який значною мірою визначається психічним розладом зі значними труднощами в спілкуванні, критиці (часом робить неадекватні, безглузді вчинки, зазначається суїцидальна налаштованість і т. д.), з нездатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності (цілими днями нічого не робить, безробітний тощо) та соціально-психологічною дезадаптацією з вираженою керованістю (залежність від інших, прагнення бути підлеглим, виконувати поставлені кимось завдання, перекладати відповідальність на інших людей і т. д.) (в 62,2% випадків, при $p < 0,05$).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР переважають анозогностичний (відсутність критики щодо психічного захворювання, заперечення її наслідків, приписування хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування і т. д.) (35,0%

випадках, при $p < 0,05$) і паранойяльний (впевненість, що хвороба - результат чийогось злого умислу, надмірна підозрілість щодо лікування, недовіра медичному персоналу, переконаність, що лікарі прагнуть нашкодити пацієнту, приписування можливих ускладнень лікування злому наміру медперсоналу, відмова від обстеження і лікування і т. д.) (32,5% випадках, при $p < 0,01$) типи ВКХ з помірно-серйозним рівнем порушень глобального соціального функціонування ($52,3 \pm 6,1$ бала, при $p < 0,05$) (від помірного труднощі (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо) та соціально-психологічної дезадаптацією з вираженим неприйняттям інших (конфлікт з іншими людьми, негативне ставлення до інших індивідуумів, низький рівень потреби пацієнта в спілкуванні і взаємодії з іншими людьми, низька потреба у спільній діяльності з ними і т. д.) (у 52,5% випадків, при $p < 0,01$).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ переважають меланхолійний (пригніченість хворобою, невіра в одужання або поліпшення психічного стану, навіть при сприятливих об'єктивних даних і поліпшенні психічного стану і т. д.) (у 33,3% випадках, при $p < 0,05$) і апатичний (повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування, пасивне підпорядкування призначеним процедурам і лікуванню, втрачений інтерес до всього, що раніше хвилювало) (в 19,4% випадках, при $p < 0,01$) типи ВКХ з вираженим рівнем зниження глобального соціального функціонування ($35,2 \pm 4,1$ бала, при $p < 0,05$) (виражене погіршення в різних сферах соціального функціонування (друзі, робота, хобі, сімейні відносини тощо), погіршення оцінки реальності, труднощі в спілкуванні (мова часом незрозуміла, нелогічна або не відноситься до справи і т. д.)) і соціально-психологічною дезадаптацією з вираженим внутрішнім контролем (орієнтація на те, що досягнення життєвих цілей залежить від себе самого, високий рівень відповідальності за події, що відбуваються в житті пацієнта, результати діяльності та їх наслідки пацієнтом пояснюються наслідком своєї поведінки, характеру, здібностей і т. д.) (в 58,3% випадків, при $p < 0,05$) і низьким рівнем ескапізму (прагнення вирішити проблемні ситуації, братись за вирішення складних завдань, не

ухилитись від відповідальності за рішення проблемних завдань) (у 25,0% випадків, при $p < 0,05$).

РОЗДІЛ 5

КРИТЕРІЇ ТА АЛГОРИТМ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АР У ПАЦІЄНТІВ З ППЕ ПРИ ГОСТРОМУ ПОЛІМОРФНОМУ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНОМУ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ ПСИХОТИЧНОМУ РОЗЛАДІ

Дослідження психопатологічних, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ, отримані за допомогою комплексу клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, катамнестичних і статистичних методів дослідження, дозволило виділити основні диференціально-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у пацієнтів з ППЕ при гострому поліморфному, шизофреноподібному і шизоафективному психотичному розладі (таблиця 5.1).

В основні диференціально-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у пацієнтів з ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ увійшли:

- статеві, вікові та загальносоціальні критерії;
- анамнестичні критеріальні фактори;
- преморбідні особливості емоційного реагування;
- особливості клініки АР ППЕ в продромі і на стадії психозу;
- клініко-соціальні критеріальні фактори.

Виділені диференційно-діагностичні критерії ранньої діагностики афективних розладів ППЕ дозволили відібрати найбільш ефективні методи їх оцінки та розробити алгоритм діагностики психозу на ранніх етапах його формування у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Таблиця 5.1

Критерії ранньої діагностики АР у пацієнтів с ППЕ
ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ

Критерії диференціальної діагностики	ГППРБСШ	ГППРЗСШ	ГШПР	ГШРЗТ
1	2	3	4	5
1. Статеві, вікові та загально-соціальні критерії				
1.1 Стать	Чоловіча*	Жіноча **	Чоловіча *	Чоловіча*
1.2 Вік	25,8±4,2*	28,1±5,4*	26,6±4,4*	39,7±6,1*
1.3 Сімейний статус	В шлюбі**	Не в шлюбі**	В шлюбі**	В шлюбі**
1.4 Сімейні стосунки	Незадовільні*	Немає статистичних відмінностей	Немає статистичних відмінностей	Незадовільні*
1.5 Характер праці	Розумовий *	Розумовий*	Розумовий*	Фізичний*
1.6 Освіта	Средньо-спеціальна*	Немає статистичних відмінностей	Вища(незакінчена вища) *	Середня*
1.7 Матеріально-побутові умови	Погані*	Задовільні *	Задовільні *	Задовільні *
2. Анамнестичні критеріальні фактори				
2.1 Спадкова обтяженість психічними р-ми та алкогольною залежністю	Обтяжена за невротичними реакціями **	Обтяжена за шизоїдним та паранойяльним розладами особистості **	Обтяжена за шизофренією**	Обтяжена за афективним р-м**
				Обтяжена за алкогольною залежністю**
2.2 Особливості виховання	В неповній сім'ї**	В повній сім'ї**	В повній сім'ї**	В повній сім'ї**
2.3 Перинатальна патологія	Так *	Немає статистичних відмінностей	Немає статистичних відмінностей	Немає статистичних відмінностей

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
3. Преморбідні особливості емоційного реагування				
3.1 Преморбідні особливості емоційного реагування	Афектно-екзальтовані з тенденцією до акцентуації*	Афективно-ригідні в ступені акцентуації**	Тривожні в ступені акцентуації*	Циклотимічні в ступені акцентуації*
	Емотивні з тенденцією до акцентуації*		Збудливі в ступені акцентуації*	
4. Особливості клініки				
4.1 Особливості клініки АР ППЕ в продромі	Проблеми з фокусуванням уваги легкого ступеня (слабка концентрація уваги, неуважність, відволікання, труднощі у підтримуванні або переміщенні уваги, проблеми збереження розмови в пам'яті)*	Незвичайний зміст мислення легкого ступеня (несподівані думки, відчуття, руху, викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилось)**	Незвичайний зміст мислення помірною ступеня (несподівані думки, які викликають здивування в оточуючих, відчуття, ніби щось змінилось, непередбачені психічні події - дратують або бентежать)*	Концептуальна дезорганізація легкого ступеня (аморфне, розпливчасте, метафоричне, громіздке і непослідовне мислення)*
	Розлади сну помірною ступеня (неспокійний сон, труднощі при засинанні, труднощі заснути при пробудженні, втома протягом дня, пов'язана з р-ми сну)*	Соціальна ізоляція, самотність у легкому ступені (ніяковість в присутності інших, не зацікавлений або тривожний в більшості	Підозрілість до помірною ступеня (виражена обережність, сумніви в безпеці, понад-пильність, розуміння, що люди	Погіршення рольового функціонування в легкого ступеня (очевидні для інших труднощі функціонування на роботі, в школі (інституті), у

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
	Зниження толерантності до стресу помірного ступеня (втому в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікуваної вираженості, несподівані події «вибивають з колії»)**	соціальних ситуацій, але соціальна активність присутня)*	ворожі, ненадійні і легко підкоряють своїй волі, подив і недовірливість)**	взаємостосунках)*
		Зниження виразності емоцій у легкому ступені (емоційний відгук з затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна)**	Концептуальна дезорганізація помірного ступеня (раптові слова і фрази, які не мають сенсу, аморфне, непослідовне мислення, неправильні слова, безглузді теми, метафоричне, громіздке, стереотипне мислення)**	Розлади сну легкого ступеня (неспокійний сон, труднощі при засипанні і знову заснути при пробудженні)*
		Зниження переживань емоцій і самого себе легкого ступеня (почуття дистанції від інших, приглушеність почуттів, неможливість вираження сильних емоцій, труднощі	Соціальна ізоляція, самотність помірного ступеня (відчуває незручність у присутності інших, не зацікавлений в більшості соціальних ситуацій, бере участь у	Дисфорічний настрій легкого ступеня (часте відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «білою вороною», як один із проявів депресії)**

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
		розпізнавання різних емоцій)**	соціальної діяльності неохоче через тривоги або відсутність інтересу)*	
		Зниження толерантності до стресу легкого ступеня (втомлюється в кінці робочого дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікуваної вираженості)*	Зниження виразності емоцій помірного ступеня (емоційний відгук із затримкою або притуплений, в мові не вистачає модуляцій, емоційна виразність мінімальна, комунікації короткі, не цікаві, в розмові відчувається формальність)*	
			Дисфорічний настрій помірного ступеня (невдоволення собою, відчуття себе «білою вороною», періодичне наявність «поганого» почуття, яке розцінюється, як	

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
			прояв депресії, гніву, ворожості, нестійкого настрою)**	
4.2 Особливості клініки АР ППЕ на стадії психозу	Експансивна манія*	Тривожна депресія** великий депресивний епізод*	Дісфорійна депресія** малий-великий депресивний епізод*	Гнівлива манія**
	Дисфорична депресія** малий-великий депресивний епізод*	Анестетична депресія* великий депресивний епізод*	Сенесто-іпохондрична депресія** малий-великий депресивний епізод*	Тужливо-адинамічна депресія** великий депресивний епізод*
	Ідеї самовихваляння і самовпевненості*	Маячні ідеї (маревне тлумачення, сприйняття, марення впливу, відносини, двійника, отруєння) до середнього ступеня*	Підозрілість (страх переслідування) в сильному ступені**	Маячні ідеї (самозвинувачення, гріховності, нігілістичного змісту, отруєння, величі, магічного змісту) в сильному ступені*
	Маячні ідеї (значення, інсценування, символічної інтерпретації, фантастичного змісту) в помірному ступені**	Деперсоналізація, дереалізація у важкому ступені**	Емоційна відчуженість помірно-середнього ступеня**	Ідеї величі в сильному ступені**

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
	Галюцинаторна поведінка (справжні слухові і зорові галюцинації) до середнього ступеня*	Психічна тривога як депресивний еквівалент** середньо-тяжкого ступеня*	Ворожість середнього ступеня**	Прискорення процесів мислення*
	Соматична тривога, як депресивний еквівалент, середньо-тяжкого ступеня*	Тривожна поведінка депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня**	Іпохондричні еквіваленти депресії у важкому ступені**	Почуття провини в сильному ступені**
	Шлунково-кишкові еквіваленти депресії в середньому ступені*	Напруга тривожно-депресивного генезу* помірно-тяжкого ступеня**	Страхи іпохондричного характеру депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня**	Моторна загальмованість в сильному ступені*
	Симпатоадреналові і вагоінсулярні вегетативно-вісцеральні кризи депресивного генезу в помірному ступені*	Ажитація тривожно-депресивного генезу** середньо-тяжкого ступеня*	Загальносоматичні та генітальні (прискорене і хворобливе сечовипускання, неприємні відчуття в області сечового міхура, болі в лобковій області і т. д.) симптоми депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня*	Зниження працездатності і активності середньо-тяжкого ступеня*

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
	Безсоння (часті пробудження серед ночі) до середнього ступеня*	Безнадія тяжкого ступеня*	Психосенсорні розлади (відчуття коливань ґрунту під ногами і коливань предметів) депресивного генезу**	Убога комунікабельність в помірному ступені*
	Суїцидальний ризик легкого ступеня*	Самприниження тяжкого ступеня*	Порушення чутливості (гіпестезії, гіперестезії, парестезії) депресивного генезу**	Втрата маси тіла середньо-тяжкого ступеня*
		Респіраторні симптоми (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель і т. д.) тривожно-депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня**	Рудиментарні рухові розлади*	Закрепи*
		Ригідність мислення*	Суїцидальний ризик легкого ступеня*	Порушення зорової і короткочасної пам'яті**
		Суїцидальний ризик середньо-високого ступеня*		Суїцидальний ризик середньо-високого ступеня*

1	2	3	4	5
5. Патопсихологічні та клініко-соціальні особливості				
5.1 Тип внутрішньої картини хвороби	Ейфорійний (необґрунтовано підвищений настрій, зниження критики до хвороби, зневажливе і легковажне ставлення до хвороби і лікування, порушення режиму лікування, самостійна відміна лікування і т. д.)*	Тривожний (тривожність, пригніченість, неспокій, надмірна помисливість, страх можливих ускладнень хвороби, сумніви в ефективності лікування, пошук нових способів і методів «безпечного лікування», додаткової інформації про ускладнення, лікування)**	Анозогнозичний (відсутність критики по відношенню психічного захворювання, заперечення її наслідків, приписування хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування і т. д.)*	Меланхолійний (пригніченість і пригніченість хворобою, невіра в одужання або поліпшення психічного стану, навіть при сприятливих об'єктивних даних і поліпшенні психічного стану і т. д.)*
		Сензитивний (заклопотаність про несприятливе враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про психічну хворобу, величезні побоювання, що через хворобу	Паранойяльний (впевненість, що хвороба - результат чийогось злого умислу, надмірна підозрілість щодо лікування, недовіра медичному персоналу,	Апатичний (повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування, пасивне підпорядкування призначеним процедурам і лікуванню, втрачений інтерес до всього, що раніше турбувало)**

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
		навколишні стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо до нього ставитися і т. п.)*	переконаність, що лікарі прагнуть нашкодити пацієнту, приписування можливих ускладнень лікування злему наміру медперсоналу, відмова від обстеження і лікування тощо)**	
5.2 Рівень порушень глобального соціального функціонування	Помірно-серйозний (від помірних труднощів (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце і т. д.))*	Рівень, який значною мірою визначається психічним розладом (значні труднощі в спілкуванні, критиці (часом робить неадекватні, безглузді вчинки, зазначається суїцидальна налаштованість і т. д.), з нездатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності)*	Помірно-серйозний (від помірного труднощі (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо)*	Виражений (виражене погіршення в різних сферах соціального функціонування (друзі, робота, хобі, сімейні відносини тощо), погіршення оцінки реальності, труднощі в спілкуванні (мова часом незрозуміла, нелогічна або не відноситься до справи і т. д.))*

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5
5.3 Фактори соціально-психологічної дезадаптації	Прийняття себе (позитивна самооцінка, задоволеність своїми особистісними особливостями, поведінкою, мотивами, установками тощо)*	Керованість (залежність від інших, прагнення бути підлеглим, виконувати поставлені кимось завдання, перекладати відповідальність на інших людей і т. д.)*	Неприйняття інших (конфлікт з іншими людьми, негативне ставлення до інших індивідумів, низький рівень потреби пацієнта в спілкуванні і взаємодії з іншими, низька потреба у спільній діяльності з ними і т. д.)**	Внутрішній контроль (орієнтація на те, що досягнення життєвих цілей залежить від себе самого, високий рівень відповідальності за події, що відбуваються в житті пацієнта, результати діяльності та їх наслідки пацієнтом пояснюються наслідком своєї поведінки, характеру, здібностей і т. д.)*
	Високий ескапізм (уникання пацієнтом проблемних ситуацій, відхід від їх вирішення і т. п.)*			Низький ескапізм (прагнення вирішити проблемні ситуації, братись за вирішення складних завдань, не ухилятись від відповідальності за рішення проблемних завдань)*

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

З метою діагностики виділених в таблиці 5.1 основних диференціально-діагностичних критеріїв ранньої діагностики АР у пацієнтів з ППЕ ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ були відібрані найбільш ефективні методи оцінки соціально-демографічних, анамнестичних, преморбідних, клінічних і клініко-соціальних критеріальних факторів в продромі АР ППЕ та на стадії психозу.

Алгоритм використання методів ранньої діагностики АР при ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ представлений в таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Алгоритм використання методів ранньої діагностики АР при ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ

№	Метод діагностики	Діагностична мета використання	Етап*
1	2	3	4
1	Клініко-психопатологічний метод з використанням структурованого інтерв'ю з заповненням індивідуальної карти обстеження пацієнта [100, 131, 228]	- паспортні дані; - анамнестичні відомості життя (спадкова обтяженість, перинатальна патологія, особливості психофізичного розвитку та виховання, наявність і зміст перенесених психотравм, освіта, трудова діяльність, сімейний стан, матеріально-побутові умови життя, коло інтересів, характер соціальних контактів, перенесені захворювання); - анамнестичні відомості хвороби (преморбідні особливості, перенесені психічні розлади, обсяг, характер і ефективність раніше отриманої психіатричної допомоги, наявність продромальних психічних розладів, особливості маніфестації ППЕ та його динаміка); - дані про психічний статус (скарги, відносини лікар-пацієнт, зовнішній вигляд, міміка, жестикуляція, критика, особливості поведінки, емоційної (афективної) і когнітивної	Перший Третій

Продовження табл.5.2

1	2	3	4
		діяльності, наявність продуктивної та негативної симптоматики, стан особистісних особливостей, особливості аутоагресивної поведінки (при його наявності) і т. д.).	
2	Шкала оцінки продуктивної та негативної симптоматики PANSS [15, 306]	- вираженість позитивної і негативної психопатологічної симптоматики	Перший
3	Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS) [Addington D., Addington J., 1993]	- виразність депресії та її показників: безнадійність; самооцінка (самоприниження); ідеї і відчуття обвинувачення; патологічна вина; ранкова депресія; раннє пробудження; суїцид; спостережувана депресія	Перший Третій
4	Шкала Гамільтона (HDRS) [241]	- виразність депресії та її показників: настрої; відчуття провини; суїцидальні наміри; раннє, середнє і пізнє безсоння; працездатність і активність; загальмованість; ажитація; психічна і соматична тривога; шлунково-кишкові, загальні соматичні та генітальні симптоми; іпохондричні еквіваленти депресії; втрата маси тіла; критичність до хвороби; добові коливання настрою; деперсоналізація і дереалізація; параноїдні і obsесивно – компульсивні симптоми	Перший Третій
5	Шкала Гамільтона (HARS) [91]	- вираженість тривоги і її показників: тривожний настрій; напруга; страхи; інсомнія; когнітивні порушення; депресивний настрій; соматичні м'язові і сенсорні симптоми; серцево-судинні, респіраторні, гастроінтестинальні, сечостатеві та вегетативні симптоми; поведінка при бесіді	Перший Третій

Продовження табл.5.2

1	2	3	4
6	Шкала суїцидального ризику Лос-анджелеського	- вираженість суїцидального ризику: низька, середня, висока	Перший

	суїцидологічного центру[139]		
7	Шкала продромальних симптомів SOPS [323]	- вираженість позитивної і негативної психопатологічної симптоматики, симптомів дезорганізації і загальних психопатологічних симптомів в продромі ППЕ	Перший Третій
8	Опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека [141]	- відомості про особистісні особливості характеру і афективного реагування: гіпертимність, емотивність, тривожність, демонстративність, дистимічність, афективна ригідність, педантичність, циклотимність, збудливість, афективна екзальтованість; - ступінь їх вираженості: акцентуація, тенденція до акцентуації	Третій
9	Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ) [81]	- відомості про тип ВКХ: гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сензитивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний, паранойяльний	Перший
10	Шкала глобального функціонування GAF [130, 233]	- рівень здатності до повсякденного соціально-побутового функціонування	Перший
11	Метод діагностики соціально-психологічної адаптації [167]	- виявлення станів соціально-психологічної адаптації - дезадаптації; - виявлення чинників адаптації і дезадаптації: прийняття – неприйняття себе; прийняття інших – конфлікт з іншими; емоційний комфорт – емоційний дискомфорт;	Перший

Продовження табл.5.2

1	2	3	4
		очікування внутрішнього контролю – очікування зовнішнього контролю; домінування – керованість; відхід від проблем	

* - етап комплексної програми терапії АР ППЕ (детально б розділ)

Таким чином, дослідження психопатологічних, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ, отримані за допомогою комплексу клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних і катамнестичних методів дослідження дані дозволили виділити основні диференціально-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у пацієнтів з ППЕ, відібрати найбільш ефективні методи їх оцінки та розробити алгоритм їх ранньої діагностики.

Основними диференціально-діагностичними критеріями ранньої діагностики АР у пацієнтів з ГППРбСШ є:

- чоловіча стать, вік $25,8 \pm 4,2$ роки, виховання у неповній сім'ї, незадовільні сімейні відносини, погані матеріально-побутові умови життя, спадкова обтяженість по невротичних розладах, перинатальна патологія в анамнезі;
- продромальні симптоми АР в клініці ППЕ: проблеми з фокусуванням і увагою легкого ступеня, розлади сну і зниження толерантності до стресу в помірному ступені, афективно-екзальтована та емотивна форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації;
- ранні клінічні прояви АР в період ППЕ: експансивна манія і малий депресивний епізод соматовегетативної депресії з переважанням в клініці АР ідей самовихваляння і самовпевненості, маячних ідей (значення, інсценування, символічної інтерпретації навколишнього, фантастичного змісту) в помірному ступені, галюцинаторної поведінки (справжні слухові і зорові галюцинації) в

середній мірі, соматичної тривоги, як депресивного еквівалента, в середньо-тяжкому ступені, шлунково-кишкових еквівалентів депресії середнього ступеня, симптоадrenalових і вагоінсулярних вегетативно-вісцеральних кризів, депресивного генезу в помірному ступені, безсоння в середній мірі з суїцидальним ризиком легкого ступеня;

- патопсихологічні та клініко-соціальні особливості хворих АР ППЕ: ейфоричний тип ВКХ з помірно-серйозним рівнем порушень глобального соціального функціонування та соціально-психологічною дезадаптацією з прийняттям себе та високим рівнем ескапізму.

В якості основних диференціально-діагностичних критеріїв ранньої діагностики АР у пацієнтів з ГППРЗСШ нами виділено:

- жіноча стать, вік $28,1 \pm 5,4$ року, статус поза шлюбом, спадкова обтяженість по розладам особистості (переважно шизоїдного та паранойяльного спектрів);

- продромальні симптоми АР в клініці ППЕ: незвичайний зміст мислення, соціальна ізоляція, самотність, зниження вираженості емоцій, зниження переживань емоцій і самого себе, зниження толерантності до стресу легкого ступеня, акцентуїтована афективно-ригідна форма емоційного реагування;

- ранні клінічні прояви АР в період ППЕ: великі депресивні епізоди тривожної і анестетичної депресій з переважанням в клініці АР маячних ідей (маревне тлумачення, маревне сприйняття, марення впливу, відношень, двійника, отруєння) до середнього ступеня, деперсоналізації та дереалізації важкого ступеня, психічної тривоги, як депресивного еквівалента середньо-тяжкого ступеня, тривожної поведінки депресивного генезу і напруги тривожно-депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня, ажитації тривожно-депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня, безнадійності і самоприниження тяжкого ступеня, респіраторних симптомів, тривожно-депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня, ригідності мислення з суїцидальним ризиком середньо-високого ступеня;

- патопсихологічні та клініко-соціальні особливості хворих АР ППЕ: тривожний і сензитивний типи ВКХ з рівнем глобального соціального функціонування, який значною мірою визначається психічним розладом зі значними труднощами в спілкуванні і критиці з низькою здатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності та соціально-психологічною дезадаптацією з вираженою залежністю.

Диференціально-діагностичні критерії ранньої діагностики АР у пацієнтів з ГШПР включають наявність наступних ознак:

- чоловіча стать, вік $26,6 \pm 4,4$ року, спадкова обтяженість по шизофренії;
- продромальні симптоми АР в клініці ППЕ: незвичайний зміст мислення, підозрілість, концептуальна дезорганізація, соціальна ізоляція або усамітнення, зниження вираженості емоцій і дисфоричний настрій в помірному ступені, акцентуована тривожна і збудлива форми афективного реагування;
- ранні клінічні прояви АР в період ППЕ: малі - великі депресивні епізоди дисфоричної і сенесто-іпохондричної депресії з переважанням в клініці АР підозрілості (страх переслідування) у сильному ступені, емоційної відчуженості помірно-середнього ступеня, ворожості в середній мірі, іпохондричних еквівалентів депресії тяжкого ступеня, страхів іпохондричного характеру, депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня, загальносоматичних та генітальних симптомів депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня, психосенсорних розладів і порушень чутливості, депресивного генезу, рудиментарних рухових розладів з суїцидальним ризиком легкого ступеня;
- патопсихологічні та клініко-соціальні особливості хворих АР ППЕ: анозогнозичний і паранойяльний типи ВКХ з помірно-серйозним рівнем порушень глобального соціального функціонування та соціально-психологічною дезадаптацією з вираженим неприйняттям інших.

З основних диференціально-діагностичних критеріїв ранньої діагностики АР у пацієнтів з ГШРЗТ були виділені:

- чоловіча стать, вік $39,7 \pm 6,1$ року, незадовільні сімейні відносини, спадкова обтяженість по афективних розладах та алкогольній залежності;
- продромальні симптоми АР в клініці ППЕ: концептуальна дезорганізація, погіршення рольового функціонування, розлади сну, дисфорічний настрій легкого ступеня, акцентуїтована циклотимна форма афективного реагування;
- ранні клінічні прояви АР в період ППЕ: гнівлива манія і великий депресивний епізод тужливо-адинамічної депресії з переважанням в клініці АР маячних ідей самозвинувачення, гріховності, нігілістичного змісту, отруєння, величі, магічного змісту), ідей величі, прискорення процесів мислення, почуття провини, моторної загальмованості сильного ступеня, зниження працездатності і активності середньо-тяжкого ступеня, убогою комунікабельністю в помірному ступені, втрати маси тіла середньо-тяжкого ступеня, закріпів, порушень зорової і короткочасної пам'яті з суїцидальним ризиком середньо-високого ступеня;
- патопсихологічні та клініко-соціальні особливості хворих АР ППЕ: меланхолійний і апатичний типи ВКХ з вираженим зниженням рівня глобального соціального функціонування та соціально-психологічною дезадаптацією в поєднанні з вираженим внутрішнім контролем і низьким рівнем ескапізму.

Розроблені диференціально-діагностичні критерії є основою раннього виявлення АР при ППЕ.

РОЗДІЛ 6

ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ АР ППЕ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ, ШИЗОФРЕНОПОДІБНИМ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДАМИ

6.1 Програма терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

Результати вивчення психопатологічних, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ, отримані за допомогою комплексу клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних і катамнестичних методів дослідження, дозволили виділити основні диференціально-діагностичні критерії (розділ 5) розробити програму терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

Основні завдання програми терапії АР при ППЕ:

- 1) купірування гострих психотичних і афективних розладів, аутоагресивної поведінки;
- 2) формування стійкої ремісії;
- 3) профілактика повторного розвитку психотичних і афективних розладів;
- 4) відновлення та підтримання особистісного, професійного і соціального ресурсу хворих АР ППЕ.

Основні принципи програми терапії АР при ППЕ:

Реалізація основних завдань програми терапії АР ППЕ базується на засадах індивідуально-орієнтованого, диференційованого та системно-орієнтованого підходів.

1. Індивідуально-орієнтований підхід. Вивчення розвитку і перебігу АР при ППЕ показало важливе значення індивідуальних клінічних, патопсихологічних та соціально-психологічних факторів і механізмів розвитку АР при ППЕ. Водночас ефективність самого лікування і стійкість ремісії при цій патології залежать від психічного, особистісного, професійного і соціального ресурсу конкретного хворого. Цей ресурс характеризує стан його саногенних факторів, що протистоять рецидивуванню психічного розладу і його ускладнень.

Тому, в терапії АР ППЕ важливу роль відіграє принцип індивідуально-орієнтованого підходу в доборі засобів біологічного і психотерапевтичного лікування, соціальної та професійної допомоги. Цей підхід дозволяє враховувати не тільки індивідуальні фактори формування АР ППЕ, але й індивідуальні ресурси хворих, що протистоять рецидивуванням цієї психічної патології.

Результатом цього відбору є розробка індивідуальної програми терапії, соціально-психологічної корекції та професійної допомоги хворим АР ППЕ, за допомогою якої реалізуються конкретні цілі конкретного хворого в галузі медичних, психологічних, соціальних і професійних сфер.

2. Диференційований підхід. Диференційований підхід до терапії хворих з АР ППЕ дозволяє проводити відбір методів і засобів біологічного і психотерапевтичного лікування залежно від особливостей формування, перебігу та клініки ГППРБСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ, клінічних особливостей ремісії і суїцидогенеза у хворих з такими нозологічними формами гострого психозу.

3. Системно-орієнтований підхід. Системно-орієнтований підхід в терапії АР ППЕ у хворих ГППРБСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ розглядає цих хворих як складну систему соціально-біологічних факторів зі складними і багатогранними зв'язками між собою. В процесі терапії хворих АР ППЕ кожен чинник цієї системи вимагає біологічного та (або) соціально-психологічного втручання з метою стабілізації системи в цілому. Тому програма терапії АР при ППЕ повинна складатись з методів та засобів медичного, психологічного і соціального втручання,

що впливають як на фактори формування цих психічних розладів, так і на фактори, що протистоять рецидивуванню цієї психічної патології.

Системно-орієнтований підхід в терапії АР ППЕ також передбачає їх ранню діагностику; своєчасність лікування (чим раніше розпочато лікування, тим менша ймовірність хронізації психічної патології і розвитку ускладнень); спеціалізованість допомоги (психіатричні клініки і диспансери, центри соціально-психологічної допомоги, служби зайнятості, лікарі-психіатри, психотерапевти, психологи, соціальні працівники та працівники служб зайнятості); наступництво між установами та фахівцями, які беруть участь у програмі терапії; етапність (етап діагностики (I етап) і терапія на етапі психозу (II етап) і на етапі ремісії (III етап)).

Програма терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим поліморфним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

I. Програма терапії АР у пацієнтів з ППЕ при ГППРБСШ.

1. Біологічні засоби.

1.1 психопатологічні мішені терапії:

- на етапі психозу: експансивна манія і сомато-вегетативна депресія (депресивний епізод малий) з переважанням в їх клініці: ідей самовихваляння і самовпевненості; маячних ідей (значення, інсценування, символічної інтерпретації навколишнього, фантастичного змісту) до помірного ступеня; галюцинаторної поведінки (справжні слухові і зорові галюцинації) до середнього ступеня; соматичної тривоги, як депресивного еквівалента, середньо-тяжкого ступеня; шлунково-кишкових еквівалентів депресії середнього ступеня; симпато-адреналових і ваго-інсулярних вегетативно-вісцеральних кризів депресивного генезу, в помірному ступені; безсоння (часті пробудження серед ночі) до середнього ступеня; аутоагресивної поведінки легкого ступеня.

- на етапі ремісії: соматична тривога легкого ступеня, вегетативні симптоми помірного ступеня, проблеми з фокусуванням і увагою легкого ступеня, зниження толерантності до звичайного стресу легкого ступеня.

1.2 терапія:

- на етапі психозу (див. табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Біологічна терапія АР ППЕ на етапі психозу при ГППРБСШ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Експансивна манія при ГППРБСШ	<p>1. Один з лікарських засобів: - р-н оланзапіна (до 30 мг/добу); - р-н вальпроєвої кислоти (20 мг/кг/добу)</p> <p>2. Для купірування гострого маніакального збудження використовується одна з таких комбінацій лікарських засобів: - галоперидол (10-15 мг/добу) + вальпроєва кислота (20мг/кг/добу); - зуклопентіксол акуфаз (50-100 мг 1 раз на три дні) + літію карбонат (до 1800 мг/добу).</p> <p>3. Бензодіазепіни - діазепам (до 40 мг)</p> <p>4. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>3-7 днів.</p> <p>1-3 місяця.</p> <p>1-3 місяця.</p> <p>1-3 місяця.</p> <p>За показаннями</p> <p>За показаннями</p>
Сомато-вегетативна депресія при ГППРБСШ	<p>1. Р-н галоперидолу (до 10 мг/добу.);</p> <p>2. Р-н амітриптиліну (60-120 мг/добу).</p>	<p>7-10 днів.</p>

Продовження табл. 6.1

1	2	3
	2. Бета-адреноблокатори – пропранолол (до 120 мг/добу), або атенолол (до 100 мг/добу), або небіволол (до 10 мг/добу). 4. Бензодіазепіни - діазепам (до 40 мг/добу) 5. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.	За показаннями До 10 днів. За показаннями

- на етапі ремісії (див. табл. 6.2).

Таблиця 6.2

Біологічна терапія на етапі ремісії АР ПШЕ при ГППРБСШ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Експансивна манія при ГППРБСШ	1. Одне з наступних сполучень лікарських засобів: - рисперидон (2-6 мг/добу) + вальпроєва кислота або карбамазепін (20 мг/кг/добу); - кветіапін XR (300-600 мг/добу) + літію карбонат (до 900-1200 мг/добу).	6 місяців. 6 місяців.

Продовження табл. 6.2

1	2	3
	2. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.	За показаннями
Сомато-вегетативна депресія при ГППРБСШ	<p>1. Один з таких лікарських засобів: - оланзапін (10 мг/доб); - арипіпразол (10-15 мг/добу).</p> <p>2. Бета-адреноблокатори – пропранолол (до 120 мг/добу), або атенолол (до 100 мг/добу), або небіволол (до 10 мг/добу).</p> <p>3. Засоби, що стимулюють метаболічні процеси в головному мозку – екстракт листя гінкго дволопатевого «танакан» (до 6 табл. на добу.), вінпоцетин та ін.</p> <p>4. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>6 місяців 6 місяців</p> <p>За показаннями</p> <p>2 місяці</p> <p>За показаннями.</p>

2. Психотерапевтичні методи.

2.1 психотерапевтичні мішені терапії:

- на стадії психозу: аутоагресивна поведінка; ейфоричний тип ВКХ (необґрунтовано підвищений настрій, зниження критики до хвороби, зневажливе і легковажне ставлення до хвороби і лікування, часті порушення режиму лікування, самостійна відміна лікування і зміна схеми прийому ліків), помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування (від помірних труднощів (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо)); соціально-психологічна дезадаптація з прийняттям себе (надмірно позитивна самооцінка, необґрунтована задоволеність своїми особистісними особливостями, поведінкою, мотивами, установками та іншими характеристиками власної поведінки, когнітивного і

емоційного реагування і т. д.) і високим рівнем ескапізму (уникання пацієнтом проблемних ситуацій, відхід від їх вирішення і т. д.).

- на стадії ремісії: соматична тривога, проблеми з фокусуванням і увагою (втрата фокусування і концентрації уваги відбувається легше, ніж зазвичай), зниження толерантності до звичайного стресу (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікуваної вираженості), незадовільні сімейні відносини, незадоволеність матеріально-побутовими умовами життя, афективно-екзальтована і емотивна форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації.

2.2 терапія:

- на етапі психозу (після купірування проявів маніакального збудження і гострих проявів психотичного розладу) (див. табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Психотерапевтичне лікування хворих з АР ППЕ
на етапі психозу при ГППРБСШ

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів*	Курс терапії
Психотерапевтичні методи при експансивній манії ГППРБСШ	1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45,111, 175, 177, 212]. 2. Індивідуальна кризова психотерапія [185]. 3. Комплайенс-терапія [234].	2-3 тижня (щодня). 10-12 щоденних консультативних зустрічей. До 1 міс. (щоденно).
Психотерапевтичні методи при сомато-вегетативній депресії ГППРБСШ	1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45,111, 175, 177, 212]. 2. Індивідуальна кризова психотерапія [185]. 3. Комплайенс-терапія [234]. 4. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 92, 175, 177, 218].	2-3 тижня (щодня). 10-12 щоденних консультативних зустрічей. До 1 міс. (щоденно). 1-3 міс. (2 рази в тиждень) з продовженням на етапі терапії ремісії.

* - в комплекс психотерапевтичних заходів включені методи, які використовуються в психотерапії афективних розладів і розладів шизофренічного спектру

- на етапі ремісії (див. табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Психотерапевтичне лікування хворих з ППЕ АР
на етапі ремісії ГППРбСШ

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
<p>Психотерапевтичні методи при експансивній манії ГППРбСШ</p>	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Клієнт - центрована розмовна психотерапія [179].</p> <p>3. Сімейна психотерапія [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази на тиждень).</p>
<p>Психотерапевтичні методи при сомато-вегетативній депресії ГППРбСШ</p>	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) з включенням методів когнітивної ремедіації і тренінгу впевненої поведінки [56, 72, 88, 92, 136, 175, 177, 189, 198, 199, 218].</p> <p>3. Сімейна психотерапія [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p>

3. Засоби і методи психологічного, професійного і соціального втручання.

3.1 показання втручання: незадоволеність середньо-спеціальною освітою, погані матеріально-побутові умови життя, помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування (від помірного утруднення до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо)).

3.2 Втручання, форми роботи:

- соціально-медичні, соціально-психологічні, соціально-педагогічні (формування свідомості, організація і стимуляція діяльності) та соціально-побутові форми роботи з пацієнтом, спрямовані на: підвищення освітнього рівня пацієнта або адаптацію пацієнта до наявного освітнього рівня (при відсутності можливості його підвищення); адаптація пацієнта до існуючих матеріально-побутових умов життя (при відсутності можливості їх покращення); формування достатнього рівня соціального функціонування [2, 63, 149, 227];

- професійна реорієнтація, навчання, перенавчання і раціональне працевлаштування, спрямовані на: відновлення професійного статусу, адаптацію пацієнта до нового професійного статусу, залучення пацієнта в різні непрофесійні види діяльності, реалізацію творчого потенціалу хворих [149].

II. Програма терапії АР у пацієнтів з ППЕ при ГППРЗСШ.

1. Біологічні засоби.

1.1 психопатологічні мішені терапії:

- на стадії психозу: тривожна і анестетична депресія (великий депресивний епізод) з переважанням в їх клініці: маячних ідей (маревне тлумачення, маревне сприйняття, марення впливу, відношень, двійника, отруєння) до середнього ступеня; деперсоналізації та дереалізації тяжкого ступеня; психічної тривоги, як депресивного еквівалента, середньо-тяжкого ступеня; тривожної поведінки депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня; напруги тривожно-депресивного

генезу помірно-тяжкого ступеня; ажитації тривожно-депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня; безнадійності тяжкого ступеня; самоприниження тяжкого ступеня; респіраторних симптомів тривожно-депресивного генезу (розлад дихального ритму, ларингоспазм, кашель і т. д.) помірно-тяжкого ступеня; ригідності мислення; аутоагресивної поведінки середньо-високого ступеня.

- на стадії ремісії: тривожний субдепресивний розлад з безсонням (труднощі засинання) легкого ступеня, тривожність помірного ступеня, напруга помірного ступеня, тривожна поведінка помірного ступеня, погіршення рольового функціонування, чудернацьке мислення легкого ступеня (іноді з'являються в мисленні незвичайні, трохи спотворені або алогічні ідеї, кориговані ззовні).

1.2 терапія:

- на етапі психозу (див. табл. 6.5).

Таблиця 6.5

Біологічна терапія АР ППЕ на етапі психозу при ГППРЗСШ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Анестетична депресія при ГППРЗСШ	1. Один з лікарських засобів: - р-н галоперидолу (до 15 мг/добу) в/м; - р-н оланзапіну (до 30 мг/добу) в/м.	10-15 днів
	2. Після купірування гострих проявів психотичного розладу перейти на пероральний прийом однієї з наступних комбінацій лікарських засобів: - рисперідон (до 8 мг/добу) + амітриптилін (до 120 мг/добу)	1-3 місяці

Продовження табл. 6.5

1	2	3
	<p>- оланзапін (10-20 мг/добу) + циталопрам (20-40 мг/добу);</p> <p>- арипіпразол (10-30 мг/добу) + есциталопрам (20-40 мг/добу).</p> <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>За показаннями.</p>
<p>Тривожна депресія при ГППРЗСШ</p>	<p>1. Р-н галоперідолу (до 20 мг/добу) в/м;</p> <p>2. р-н оланзапіна (до 30 мг/сут.).</p> <p>3. Після купірування гострих проявів психотичного розладу перейти на пероральний прийом одного з наступних комбінацій лікарських засобів:</p> <p>- кветіапін XR (до 600 мг/сут.) + есциталопрам (20 мг/добу)</p> <p>- рисперидон(до 6 мг/добу) + міансерін (до 30 мг/добу)</p> <p>4. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>10-15 днів</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>За показаннями.</p>

- на етапі ремісії (див. табл. 6.6).

Біологічна терапія на етапі ремісії АР ППЕ при ГППРЗСШ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Анестетична депресія при ГППРЗСШ	<p>1. Один з таких лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рисперідон (до 4 мг/добу); - оланзапін (10 мг/добу); - арипіпразол (10-15 мг/добу). <p>2. Небензодіазепінові гіпнотики – зопіклон (7,5 мг на ніч).</p> <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>6 місяців</p> <p>6 місяців</p> <p>6 місяців</p> <p>1-2 тижні.</p> <p>За показаннями.</p>
Тривожна депресія при ГППРЗСШ	<p>1. Одне з наступних сполучень лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кветіапін XR (600 мг/сут.) + амітриптилін (до 80 мг/добу); - рисперидон (до 6 мг/добу) <p>2. Небензодіазепінові гіпнотики – зопіклон (7,5 мг) або залеплон (10 мг) на ніч</p> <p>3. Препарати загальнозміцнюючої дії - вітаміни групи В, РР, аскорбінова кислота; мультивітамінний комплекс.</p> <p>4. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>6 місяців</p> <p>6 місяців</p> <p>1-2 тижні</p> <p>30 днів</p> <p>За показаннями.</p>

2. Психотерапевтичні методи.**2.1 психотерапевтичні мішені терапії:**

- на стадії психозу: психічна тривога і тривожна поведінка депресивного генезу; напруга тривожно-депресивного генезу; відчуття безнадійності; самоприниження; аутоагресивна поведінка; тривожний тип ВКХ (тривожність,

пригніченість, неспокій, надмірна помисливість, страх можливих ускладнень хвороби, сумніви в ефективності лікування, пошук нових способів і методів «безпечного лікування», додаткової інформації про ймовірні ускладнення лікування) і сензитивний тип ВКХ (заклопотаність про несприятливе враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про психічну хворобу, величезні побоювання, що через хворобу навколишні стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо до нього ставитись і т. д.); зниження рівня глобального соціального функціонування, який значною мірою визначається психічним розладом (зі значними труднощами в спілкуванні, критиці, з нездатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності (цілими днями нічого не робить, безробітний тощо); соціально-психологічна дезадаптація з вираженою керованістю (залежність від інших, прагнення бути підлеглим, виконувати поставлені кимось завдання, перекладати відповідальність на інших людей тощо).

- на стадії ремісії: тривожність, тривожне напруження, тривожна поведінка, погіршення рольового функціонування (труднощі у функціонуванні на роботі, в школі (інституті), у взаєминах, що є очевидним для інших), потреба у гармонійних сімейних відносинах, акцентуїрована афективно-ригідна форма емоційного реагування.

2.2 терапія:

- на етапі психозу (після купірування гострих проявів психотичного розладу) (див. табл. 6.7).

Таблиця 6.7

Психотерапевтичне лікування хворих при АРПЕ на етапі психозу при ГППРЗСШ

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
1	2	3
Психотерапевтичні методи при анестетичній депресії ГППРЗСШ	1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].	2-3 тижня (щодня).

	2. Індивідуальна кризова психотерапія [185]. 3. Комплайенс-терапія [234].	10-12 щоденних консультативних зустрічей. До 1 міс. (щоденно).
Психотерапевтичні методи при тривожній депресії ГППРЗСШ	1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212]. 2. Індивідуальна кризова психотерапія [185]. 3. Комплайенс-терапія [234]. 4. Когнітивно - поведінкова психотерапія (техніки десенсибілізації, переробки травмуючих переживань, тренінг подолання тривоги і впевненої поведінки) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].	2-3 тижня (щодня). 10-12 щоденних консультативних зустрічей. До 1 міс. (щоденно). 1-3 міс. (2 рази в тиждень) з продовженням на етапі терапії ремісії.

- на етапі ремісії (див. табл. 6.8).

Таблиця 6.8

Психотерапевтичне лікування хворих з ППЕ АР
на етапі ремісії ГППРЗСШ

Показання 1	Комплекс психотерапевтичних заходів 2	Курс терапії 3
Психотерапевтичні методи при анестетичній депресії ГППРЗСШ	1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].	1-3 міс. (2-3 рази на тиждень).

	<p>2. Групова кризова психотерапія (кризова підтримка, кризове втручання, розширення адаптивних можливостей) [175, 177].</p> <p>3. Терапія мистецтвом і творчим самовираженням [41,62, 142, 143, 209].</p> <p>4. Сімейна психотерапія (індивідуальна і групова) [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (1-2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (1-2 рази в тиждень).</p>
Психотерапевтичні методи при тривожній депресії ГПРЗСШ	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Когнітивно - поведінкова психотерапія (техніки десенсибілізації, переробки травмуючих переживань, тренінг подолання тривоги і впевненого поведінки) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p> <p>3. Групова кризова психотерапія (кризова підтримка, кризове втручання, розширення адаптивних можливостей) [175, 185].</p> <p>4. Сімейна психотерапія (індивідуальна і групова) [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2-3 рази на тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (1-2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (1-2 рази в тиждень).</p>

3. Засоби і методи психологічного, професійного і соціального втручання.

3.1 показання втручання: соціальна ізоляція, низький рівень глобального соціального функціонування, який значною мірою визначається психічним розладом (зі значними труднощами в спілкуванні з нездатністю функціонувати в більшості сфер життєдіяльності (цілими днями нічого не робить, безробітний тощо), погіршення рольового функціонування.

3.2 Втручання, форми роботи:

- соціально-психологічні та соціально-педагогічні (формування свідомості, організація і стимуляція діяльності) форми роботи з пацієнтом, спрямовані на

формування активної соціальної позиції та ефективного функціонування (на роботі, в школі (інституті), у взаєминах з оточуючими людьми і т. д.) [2, 63, 149, 227];

- професійна реорієнтація, навчання (перенавчання) і раціональне працевлаштування, спрямовані на: відновлення професійного статусу або адаптацію пацієнта до нового професійного статусу (у випадках неможливості його відновлення), залучення пацієнта в різні непрофесійні види діяльності [149].

III. Програма терапії АР у пацієнтів з ППЕ при ГШПР.

1. Біологічні засоби.

1.1 психопатологічні мішені терапії:

- на стадії психозу: дисфорійна і сенесто-іпохондрична депресії (малий-великий депресивний епізод) з переважанням в їх клініці: підозрілості (страх переслідування) сильного ступеня; емоційної відчуженості помірно-середнього ступеня; ворожості до середнього ступеня; іпохондричних еквівалентів депресії тяжкого ступеня; страхів іпохондричного характеру, депресивного генезу помірно-тяжкого ступеня; загальносоматичних та генітальних (прискорене і хворобливе сечовипускання, неприємні відчуття в області сечового міхура, болі в лобковій області і т. д.) симптомів депресивного генезу середньо-тяжкого ступеня; психосенсорних розладів (відчуття коливань ґрунту під ногами і коливань предметів) і порушень чутливості (гіпестезії, гіперестезії і парестезії) депресивного генезу; рудиментарних рухових розладів; аутоагресивної поведінки легкого ступеня.

- на стадії ремісії: дисфоричний субдепресивний розлад з відсутністю критики до хвороби легкого ступеня, ідеями і відчуттями звинувачення легкого ступеня, підозрілістю легкого ступеня, збіднінням змісту мислення легкого ступеня (труднощі з абстрактним мисленням), дисфоричним настроєм легкого ступеня (частіше звичайного відчуття пригніченості, невдоволення собою, відчуття себе «білою вороною»).

1.2 терапія:

- на етапі психозу (див. табл. 6.9).

Таблиця 6.9

Біологічна терапія АР ППЕ на етапі психозу ГШПР

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Сенесто-іпохондрична депресія при ГШПР	<p>1. Один з лікарських засобів: - р-н галоперیدолу (до 15 мг/добу.); - р-н оланзапіну (до 30 мг/добу.) в комбінації з карбамазепіном або солями вальпроєвої кислоти (до 20 мг/кг/добу)</p> <p>2. Після купірування гострих проявів психотичного розладу перейти на пероральний прийом одного з наступних комбінацій лікарських засобів: - оланзапін (10-20 мг/добу) + сертралін (100-200 мг/добу); - рисперідон (4-6 мг/добу) + міансерін (до 30мг/добу) - кветіапін XR (600 мг/добу.) + есциталопрам (20 мг/доб.); - паліперидон (6 мг/добу.) + есциталопрам (20 мг/добу.).</p> <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>10-20 днів.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці</p> <p>1-3 місяці</p> <p>За показаннями</p>
Дісфорична депресія при ГШПР	<p>1. Один з лікарських засобів: - р-н галоперидолу (до 10 мг/доб.); - р-н оланзапіну (до 30 мг/сут.). в комбінації з карбамазепіном (20 мг/кг/добу)</p> <p>2. Після купірування гострих проявів психотичного розладу перейти на пероральний прийом одного з наступних комбінацій лікарських засобів: - рисперідон (4-6 мг/добу) + есциталопрам (20 мг/добу) + карбамазепін (до 800 мг/добу)</p>	<p>10-20 днів.</p> <p>1-3 місяця.</p> <p>1-3 місяця.</p>

	-кветіапін (до 800 мг/добу) 3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.	1-3 місяця. По показанням.
--	--	-----------------------------------

- на етапі ремісії (див. табл. 6.10).

Таблиця 6.10

Біологічна терапія АР ППЕ на етапі ремісії ГШПР

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Сенесто-іпохондрична депресія при ГШПР	1. Один з таких лікарських засобів: - оланзапін (15 мг/добу); - рисперідон (4 мг/добу); - кветіапін XR (300 мг/сут.). 2. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії	6 місяців. 6 місяців. 6 місяців. За показаннями

Продовження табл. 6.10

1	2	3
Дисфорична депресія при ГШПР	<p>1. Одне з наступних сполучень лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рисперідон (4 мг/добу) + карбамазепін (до 800 мг/добу); - кветіапін (до 800/добу) <p>2. Препарати загальнозміцнюючої дії - вітаміни групи В, РР, С, мультивітамінний комплекс.</p> <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>6 місяців. 6 місяців. 6 місяців.</p> <p>30 днів.</p> <p>За показаннями.</p>

2. Психотерапевтичні методи.

2.1 психотерапевтичні мішені терапії:

- на стадії психозу: підозрілість, емоційна відчуженість, ворожість, страхи іпохондричного характеру депресивного генезу; аутоагресивна поведінка; анозогнозичний тип ВКХ (відсутність критики по відношенню до психічного захворювання, заперечення його наслідків, приписування хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування тощо) і паранойяльний тип ВКХ (впевненість, що хвороба - результат чийогось злого умислу, надмірна підозрілість щодо лікування, недовіра по відношенню до медичного персоналу, переконаність, що лікарі прагнуть нашкодити пацієнту, приписування можливих ускладнень лікування злому наміру медперсоналу, відмова від обстеження і лікування тощо); помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування (від помірних труднощів (мало друзів, конфлікти з однолітками та колегами по роботі і т. д.) до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах (повна відсутність друзів, нездатність вчитися, зберегти робоче місце тощо), соціально-психологічна дезадаптація з вираженим неприйняттям інших (конфлікти з іншими людьми, негативне до них ставлення, низький рівень потреби у спілкуванні та взаємодії з іншими індивідуумами, низька потреба в спільній діяльності з людьми

тощо).

- на стадії ремісії: відсутність критики до хвороби, ідеї і відчуття звинувачення, підозрілість (обережність, сумніви в безпеці, надпильність без чіткого джерела небезпеки), акцентуйовані тривожна і збудлива форми афективного реагування.

2.2 терапія:

- на етапі психозу (після купірування гострих проявів психотичного розладу) (див. табл. 6.11).

Таблиця 6.11

Психотерапевтичне лікування хворих з ППЕ АР
на етапі психозу при ГШПР

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
1	2	3
Психотерапевтичні методи при сенесто-іпохондричній депресії ГШПР	<p>1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Індивідуальна кризова психотерапія [185].</p> <p>3. Комплайенс-терапія [234].</p> <p>4. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p>	<p>2-3 тижня (щодня).</p> <p>10-12 щоденних консультативних зустрічей.</p> <p>До 1 міс. (щоденно).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень) з використанням на етапі ремісії.</p>

Продовження табл. 6.11

1	2	3
Психотерапевтичні методи при дисфоричній депресії ГШПР	<p>1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Індивідуальна кризова психотерапія [185].</p> <p>3. Комплайенс-терапія [234].</p> <p>4. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p>	<p>2-3 тижня (щодня).</p> <p>10-12 щоденних консультативних зустрічей.</p> <p>До 1 міс. (щоденно).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень) з використанням на етапі ремісії</p>

- на етапі ремісії (див. табл. 6.12).

Таблиця 6.12

**Психотерапевтичне лікування хворих з АР ППЕ
на етапі ремісії ГШПР**

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
1	2	3
Психотерапевтичні методи при сенесто-іпохондричній депресії ГШПР	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази на тиждень).</p>

Продолжение табл. 6.12

1	2	3
	2. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].	1-3 міс. (2 рази на тиждень).
Психотерапевтичні методи при дисфоричній депресії ГШПР	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p> <p>3. Груповий тренінг контролю афективних реакцій і довірчої поведінки [88, 218].</p>	<p>1-3 міс. (2-3 рази на тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2-3 рази на тиждень).</p> <p>До 3 міс. (2-3 рази на тиждень).</p>

3. Засоби і методи психологічного, професійного і соціального втручання.

3.1 показання втручання: соціальна ізоляція або усамітнення, помірно-серйозний рівень порушень глобального соціального функціонування (від помірного утруднення до серйозного погіршення функціонування в соціальній та професійній сферах).

3.2 Втручання, форми роботи:

- соціально-медичні, соціально-психологічні та соціально-середовищні форми роботи з пацієнтом, спрямовані на формування активної соціальної позиції та ефективного функціонування (на роботі, в школі (інституті), у взаєминах з оточуючими людьми і т. д.) [2, 63, 149, 227];

- професійна реорієнтація, навчання (перенавчання) і раціональне працевлаштування, спрямовані на: відновлення професійного статусу або адаптацію пацієнта до нового професійного статусу (у випадках неможливості його

відновлення), залучення пацієнта в різні непрофесійні види діяльності [147].

IV. Програма терапії АР у пацієнтів з ППЕ при ГШРЗТ.

1. Біологічні засоби.

1.1 психопатологічні мішені терапії:

- на стадії психозу: гнівлива манія і тужливо-адинамічна депресія (великий депресивний епізод) з переважанням в їх клініці: маячних ідей самозвинувачення, гріховності, нігілістичного змісту, отруєння, величі, магічного змісту) сильного ступеня; ідей величі в сильному ступені; прискорення процесів мислення; почуття провини сильного ступеня; моторної загальмованості сильного ступеня; зниження працездатності і активності середньо-тяжкого ступеня; скупую комунікабельністю помірного ступеня; втрати маси тіла середньо-тяжкого ступеня; закріпів; порушень зорової і короткочасної пам'яті; аутоагресивної поведінки середньо-високого ступеня.

- на стадії ремісії: тужливо-адинамічний субдепресивний розлад з почуттям провини легкого ступеня, добовими коливаннями настрою легкого ступеня, концептуальною дезорганізацією мислення легкого ступеня (аморфне, розпливчасте, метафоричне та громіздке мислення), соціальною неухважністю легкого ступеня, зниженням толерантності до звичайного стресу помірного ступеня.

1.2 терапія:

- на етапі психозу (див. табл. 6.13).

Таблиця 6.13

Біологічна терапія АР ППЕ на етапі психозу при ГШРЗТ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Гнівлива манія при ГШРЗТ	1. Один з лікарських засобів: - р-н галоперідолу (15 мг/добу) в/в; - р-н оланзапіну (до 30 мг/добу) в/м; - р-н вальпроєвої кислоти (до 1000	При необхідності повторювати через 2-3 години до купірування проявів маніакального

	<p>мг/добу) в/в.</p> <p>2. Після купірування маніакального збудження і гострих проявів психотичного розладу перейти на пероральний прийом одного з наступних комбінацій лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оланзапін (10-30 мг/добу) + літій карбонат (1200 мг/добу); - рисперідон (4-6 мг/добу) + карбамазепін або вальпроєва кислота (20 мг/кг/добу); - кветіапін XR (до 300 мг/добу) <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>збудження і гострих проявів психотичного розладу.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>За показаннями.</p>
<p>Тужливо-динамічна депресія при ГШРЗТ</p>	<p>1. Один з лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - р-н галоперидолу (10 мг/добу) в/м; - р-н оланзапіну (до 30 мг/добу) в/м; - р-н вальпроєвої кислоти (600 мг/добу) в/в. - арипіпразол (до 30 мг/добу) <p>2. Після купірування гострих проявів психічного розладу перейти на пероральний прийом одного з</p>	<p>Дозу нейролептиків нарощують протягом перших двох-трьох днів, з наступним використанням цієї дози нейролептиків до купірування гострих проявів психотичного розладу.</p>

Продовження табл. 6.13

1	2	3
	<p>таких комбінацій лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кветіапін (до 800 мг/добу) - кветіапін (до 600 мг/добу) + вальпроєва кислота (до 1200 мг/добу) + есциталопрам (до 40 мг/добу); - кветіапін XR (800 мг/добу.) + есциталопрам (20 мг/добу.); - арипіразол (10-30 мг/добу) + ламотриджин (до 200 мг/добу); - рисперідон (до 80 мг/добу) + карбамазепін (20 мг/кг/добу) <p>3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.</p>	<p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>За показаннями.</p>

- на етапі ремісії (див. табл. 6.14).

Таблиця 6.14

Біологічна терапія AP ППЕ на етапі ремісії при ГШРЗТ

Показання	Лікувальний засіб	Період терапії
1	2	3
Гнівлива манія при ГШРЗТ	<p>1. Одне з наступних сполучень лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оланзапін (30 мг/добу) + літій карбонат (1200 мг/добу); - рисперідон (4 до 8 мг/добу) + вальпроєва кислота або карбамазепін (20 мг/кг/добу) - кветіапін XR (до 800 мг/добу) + вальпроєва кислота (20 мг/кг/добу) 	<p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p> <p>1-3 місяці.</p>

Продовження табл. 6.14

1	2	3
	2. Препарати загальнозміцнюючої дії - вітаміни групи В, РР, С, мультивітамінний комплекс. 3. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.	30 днів За показаннями
Тужливо-динамічна депресія при ГШРЗТ	1. Одне з наступних сполучень лікарських засобів: - кветіапін (до 600 мг/добу) - кветіапін XR (до 600 мг/добу) + вальпроєва кислота (до 600 мг/добу) + сертралін (50 мг/доб); - кветіапін (300 мг/добу.) + есциталопрам (20 мг/добу.); - арипіпразол (30 мг/добу) - рисперидон (2 мг/добу)+ карбамазепін (до 600 мг/добу) 2. Препарати загальнозміцнюючої дії - вітаміни В1, В6, РР, мультивітамінний комплекс. 4. Коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії.	1-3 місяці. 6 місяців 30 днів. За показаннями.

1. Психотерапевтичні методи.

2.1 психотерапевтичні мішені терапії:

- на стадії психозу: почуття провини, знижена комунікабельність, аутоагресивна поведінка; меланхолічний тип ВКХ (пригніченість і пригніченість хворобою, невіра в одужання або поліпшення психічного стану, навіть при його поліпшенні і т. д.) та апатичний тип ВКХ (повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування, пасивне підпорядкування призначеним процедурам і лікуванню, втрачений інтерес до всього, що раніше хвилювало); виражений рівень зниження глобального соціального функціонування

(виражене погіршення в різних сферах соціального функціонування (друзі, робота, хобі, сімейні відносини тощо), погіршення оцінки реальності, утруднення в спілкуванні); соціально-психологічна дезадаптація з вираженим внутрішнім контролем (орієнтація на те, що досягнення життєвих цілей залежить від себе самого, високий рівень відповідальності за події, що відбуваються в житті пацієнта, результати діяльності та їх наслідки пацієнтом пояснюються наслідком своєї поведінки, характеру, здібностей і т. д.) і низьким рівнем ескапізму (прагнення вирішити проблемні ситуації, братись за вирішення складних завдань, не ухилятись від відповідальності за рішення проблемних завдань).

- на стадії ремісії: почуття провини, соціальна неухважність (знижена увага до свого зовнішнього вигляду, але все ще вкладається в рамки норм і субкультури), зниження толерантності до звичайного стресу (більше звичайного втомлюється в кінці дня, щоденний стрес викликає симптоми тривоги, понад очікуваної вираженості, несподівані події звичайного дня «вибивають з колії»), незадоволеність середньою освітою та фізичним характером праці (у випадках неможливості зміни статусу освіти і зміни характеру праці), незадовільні сімейні відносини, акцентуїрована циклотимічна форма афективного реагування.

2.2 терапія:

- на етапі психозу (після купірування проявів маніакального збудження і гострих проявів психотичного розладу) (див. табл. 6.15).

Таблиця 6.15

Психотерапевтичне лікування хворих з ППЕ АР на етапі психозу при ГШРЗТ

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
Психотерапевтичні методи при гнівливій манії ГШРЗТ	1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212]. 2. Індивідуальна кризова психотерапія [185].	2-3 тижня (щодня). 10-12 щоденних консультативних

	3. Комплайенс-терапія [234].	зустрічей. До 1 міс. (щоденно).
Психотерапевтичні методи при тужливо-динамічній депресії ГШРЗТ	<p>1. Індивідуальна раціональна психотерапія (методи роз'яснення, переконання, переконання і відволікання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Індивідуальна кризова психотерапія [185].</p> <p>3. Комплайенс-терапія [234].</p> <p>4. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p>	<p>2-3 тижня (щодня).</p> <p>10-12 щоденних консультативних зустрічей.</p> <p>До 1 міс. (щоденно).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень) з використанням на етапі ремісії.</p>

- на етапі ремісії (див. табл. 6.16).

Таблиця 6.16

Психотерапевтичне лікування хворих з ППЕ АР
при ГШРЗТ в період ремісії

Показання	Комплекс психотерапевтичних заходів	Курс терапії
Психотерапевтичні методи при гнівливій манії ГШРЗТ	<p>1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].</p> <p>2. Групова кризова психотерапія (кризова підтримка, кризове втручання, розширення адаптивних можливостей) [175, 185].</p> <p>3. Сімейна психотерапія [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p>
Психотерапевтичні методи при тужливо-динамічній депресії ГШРЗТ	1. Індивідуальна когнітивна психотерапія (методи пошуку та корекції когнітивних помилок, навчання логічним рішенням, роботи з афективним мисленням, розбору механізмів захворювання) [37, 45, 111, 175, 177, 212].	2 міс. (3 рази в тиждень).

	<p>2. Групова кризова психотерапія (кризова підтримка, кризове втручання, розширення адаптивних можливостей) [175, 185].</p> <p>3. Когнітивно-поведінкова терапія (методи повені, експозиції, контролю наслідків, що моделює поведінку) [56, 72, 88, 92, 175, 177, 218].</p> <p>4. Сімейна психотерапія [65, 166, 177, 182, 212].</p>	<p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p> <p>1-3 міс. (2 рази в тиждень).</p>
--	---	---

3. Засоби і методи психологічного, професійного і соціального втручання.

3.1 Показання втручання: незадоволеність середньою освітою та фізичним характером праці, погіршення рольового функціонування, виражений рівень зниження глобального соціального функціонування (виражене погіршення в різних сферах соціального функціонування (друзі, робота, хобі, сімейні відносини тощо)).

3.2 Втручання, форми роботи: соціально-медичні, соціально-психологічні, соціально-педагогічні (формування свідомості, організація і стимуляція діяльності) та соціально-середовищні форми роботи з пацієнтом, спрямовані на: допомогу в підвищенні освітнього рівня пацієнта або адаптацію пацієнта до наявного освітнього рівня (при відсутності можливості його підвищення), формування активної соціальної позиції та ефективного функціонування (на роботі, в школі (інституті), у взаєминах з оточуючими людьми і т. д.) [2, 63, 149, 227];

- професійне навчання (перенавчання) і раціональне працевлаштування, спрямовані на: придбання професійного статусу, що задовольняє пацієнта або адаптація пацієнта до наявного професійного статусу (у випадках неможливості його зміни), залучення пацієнта в різні непрофесійні види діяльності [149].

Основні фахівці, які беруть участь у біологічній терапії АР ППЕ: лікар-психіатр, лікар-терапевт і середній медичний персонал психіатричних диспансерів

та клінік.

Основні фахівці, які беруть участь у психотерапевтичному лікуванні хворих з АР ППЕ: лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог і середній медичний персонал психіатричних диспансерів та клінік.

Основні фахівці, які беруть участь у психологічному, професійному і соціальному втручання у хворих з АР ППЕ: соціальні психологи, соціальні працівники та працівники служб зайнятості.

Місця реалізації програми терапії АР ППЕ:

- стаціонар психіатричної клініки – діагностика АР ППЕ та їх терапія на етапі психозу;
- амбулаторія психіатричного диспансеру – діагностика і терапія АР ППЕ на етапі ремісії психозу;
- центри і кабінети соціально-психологічної допомоги, служби зайнятості – діагностика соціальної і професійної адаптації та проведення психологічного, професійного і соціального втручання.

Очікувані результати від використання програми терапії АР ППЕ у хворих ГППРБСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ - купірування афективних розладів, гострих психотичних і постпсихотических розладів мислення, сприйняття, поведінки і т. д.;

- купірування аутоагресивної поведінки;
- купірування тривожних, збудливих, дисфоричних, афективно-ригідних форм емоційного реагування та ворожих, іпохондричних, фобічних та імпульсивних форм поведінки;
- відновлення критики до перенесеного психозу і його наслідків (при їх наявності);
- формування адекватних когнітивних, емоційних і поведінкових реакцій, спрямованих на: підвищення стресостійкості; стабілізацію афективної сфери; виключення тривожних, дисфоричних, іпохондричних, підозрілих, ворожих і аутоагресивних форм відповідного реагування;
- проведення структурно-особистісних змін, пов'язаних з контролем

емоційних реакцій; формуванням логічного «зважування» вчинків і довірчих відносин з соціальним оточенням; стабілізацією настрою; підвищенням рівня самооцінки, соціальної активності та емоційної залученості; формуванням впевненості в майбутньому;

- покращення комунікативних функцій, зниження конфліктності, поліпшення рольового функціонування (на роботі, в школі (інституті), у взаємовідносинах із соціальним оточенням), придбання навичок ефективного спілкування;

- поліпшення адаптаційних можливостей з формуванням умінь: самостійного розв'язання проблемних ситуацій; проявів та розпізнавання різних емоцій; прийняття інших (позитивне ставлення до інших індивідуумів, потреба в спілкуванні, взаємодії і спільній діяльності);

- формування гармонійного типу ВКХ (твереза оцінка свого стану без перебільшення його тяжкості, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення сприяти лікуванню. Небажання обтяжувати інших);

- формування високого рівня медикаментозного комплайенса;

- формування нових більш адаптивних форм соціального реагування на хворобу та її наслідки, відтворення втрачених або порушених внаслідок хвороби суспільних зв'язків і відносин хворого, формування нових соціальних зв'язків, усунення соціальних обмежень, викликаних хворобою;

- формування гармонійних сімейних відносин на основі взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємопідтримки (для пацієнтів, які перебувають у шлюбі);

- формування установки на вступ у шлюбні відносини і вироблення вмінь формування гармонійних сімейних відносин (для пацієнтів, які потребують сімейних стосунків);

- реорієнтація відношення до незадовільних матеріально-побутових умов життя (у разі неможливості їх зміни) за рахунок формування альтернативних інтересів і цінностей;

- поліпшення когнітивних функцій (уваги, зорової і короткочасної пам'яті, динамічних характеристик мислення тощо);

- нормалізація психофізичної (моторної) активності і підвищення

працездатності;

- нормалізація сну;
- стабілізація функцій вегетативної нервової системи, шлунково-кишкового тракту (стабілізація діяльності кишечника), органів дихання і сечостатевої системи;
- стабілізація психосенсорних функцій і функцій органів чутливості;
- відновлення професійного статусу або адаптація хворих до нового професійного статусу, формування установки на здобуття освіти, методологічна допомога в його отриманні і подальшому працевлаштуванні;
- відновлення соціального стану або реорієнтація та реадаптація хворих, у випадках неможливості відновлення їх колишнього соціального чи матеріального статусу, поліпшення соціальної активності в різних сферах соціального функціонування (друзі, робота, хобі, сімейні відносини тощо).

6.2 Апробація програми терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим полімофним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами.

Апробація програми терапії АР ППЕ у пацієнтів з гострим полімофним, шизофреноподібним та шизоафективним психотичними розладами проводилась в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві.

За результатами апробації у представленому дослідженні проведена оцінка ефективності розробленої програми терапії у хворих з АР ППЕ при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ, в порівнянні з традиційними методами терапії АР ППЕ.

В апробації розробленої програми терапії АР ППЕ брало участь 76 хворих:

- 18 пацієнтів з ГППРбСШ;
- 20 пацієнтів з ГППРзСШ;
- 19 пацієнтів з ГШПР;
- 19 пацієнтів з ГШРЗТ.

Контрольна група складалась з 63 хворих:

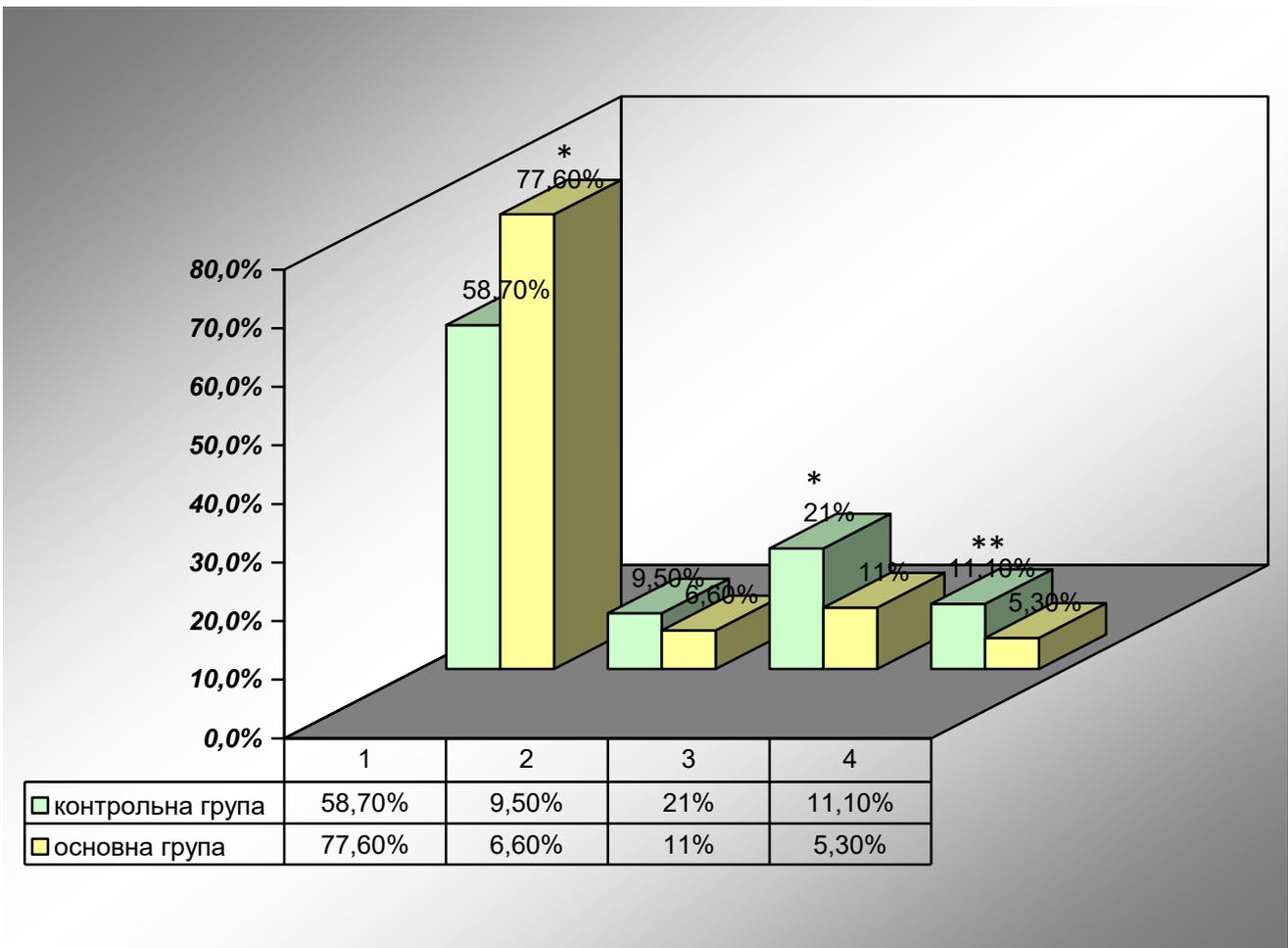
- 14 пацієнтів з ГППРбСШ;
- 16 пацієнтів з ГППРзСШ;

- 17 пацієнтів з ГШПР;
- 16 пацієнтів з ГШРЗТ.

Хворі основної групи пройшли курс терапії за розробленою в дисертації програмою, контрольна група - курс традиційного лікування АР ППЕ.

Критеріями, які оцінюють ефективність розробленої програми терапії АР у пацієнтів з ППЕ при ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ, були:

- динаміка психічного стану (стійка ремісія, поліпшення психічного стану, відсутність позитивної динаміки психічного стану, погіршення психічного стану);
- рівень суїцидального ризику;
- рівень медикаментозного комплаєнсу;
- внутрішня картина хвороби;
- вираженість особливостей характеру (емоційного реагування);
- рівень соціально-психологічної адаптації;
- динаміка соціального і професійного статусу хворих основної і контрольної групи.



Умовні позначення: 1 – стійка ремісія; 2 – поліпшення психічного стану; 3 – відсутність позитивної динаміки психічного стану; 4 – погіршення психічного стану;
 відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рис. 6.1. Динаміка психічного стану хворих з АР ППЕ основної та контрольної групи

За результатами дворічного катамнестичного спостереження, представленого на рис. 6.1, можна констатувати, що після використання розробленої в дисертації програми терапії АР ППЕ при ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ, в порівнянні з традиційними методами терапії АР при цій психічній патології:

- у 77,6% хворих АР ППЕ основної групи відмічена стійка ремісія, тоді як у контрольній групі тільки у 58,7% хворих АР ППЕ відзначалась стійка ремісія (при $p < 0,05$);

- у 11,1% хворих контрольної групи, які пройшли курс традиційного лікування АР ППЕ, відмічено погіршення психічного стану, тоді як в основній групі хворих погіршення психічного стану спостерігалось лише у 5,3% випадків (при

$p < 0,01$);

- у 20,6% хворих контрольної групи відзначено відсутність позитивної динаміки психічного стану, тоді як в основній групі хворих відсутність позитивної динаміки психічного стану спостерігалась лише у 10,5% випадків (при $p < 0,05$).

Таблиця 6.17

Критерії суїцидальної активності хворих з ППЕ АР
основної та контрольної групи

Критерії оцінки суїцидальної активності	Основна група (n=76)		Контрольна група (n=63)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Суїцидальна поведінка (суїцидальні думки, рішення, намір і т. д.)	5	6,6±1,0	10	15,9±1,6*
Суїцидальні спроби	-	-	-	-
Рівень суїцидального ризику (M±σ балів)	5	76,4±22,5 (низький)	10	169±34,6* (середній)

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,01$

За результатами дворічного катамнестичного спостереження, представленого в таблиці 6.17, в контрольній групі хворих виявлено 15,9% хворих з суїцидальними думками, фантазіями, рішенням і наміром, тоді як в основній групі рівень хворих з суїцидальними думками, фантазіями, рішенням і наміром склали лише 6,6% (при $p < 0,01$).

Як у хворих основної групи, так і у хворих контрольної групи суїцидальних спроб не спостерігалось.

Рівень вираженості суїцидального ризику хворих з суїцидальними тенденціями основної і контрольної групи (таблиця 6.17), також свідчить про ефективність розробленої програми терапії АР ППЕ, в порівнянні з традиційними методами терапії АР при психозах:

- 76,4±22,5 бала в основній групі;
- 169±34,6 бали - в контрольній групі (при $p < 0,01$).

Аналіз результатів дослідження динаміки вираженості медикаментозного комплайенса у хворих основної і контрольної групи представлений в таблиці 6.18.

Таблиця 6.18

Ступінь вираженості МК у хворих основної і контрольної групи

Ступінь вираженості МК	Основна група (n=76)		Контрольна група (n=63)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Високий МК (пропуск прийому медикаментів та процедур не більше 20% від призначених)	56	73,7±10,3*	35	55,6±4,9
Частковий МК (пропуск прийому медикаментів та процедур від 20% до 80% від призначених)	15	19,7±2,5	15	23,8±2,2
Низький МК (пропуск прийому медикаментів та процедур більш 80% від призначених)	5	6,6±1,0	13	20,6±1,9**

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 6.18, розроблена програма терапії АР ППЕ досить ефективна при формуванні прихильності до медикаментозного лікування у хворих з АР при ГППРБСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

Так, у 73,7% (при $p < 0,05$) хворих основної групи діагностувався високий рівень МК і лише у 6,6% (при $p < 0,01$) хворих цієї групи відзначався низький МК.

Тоді як в контрольній групі високий рівень МК діагностувався у 55,6% (при $p < 0,05$) хворих з АР ППЕ, а низький рівень МК діагностувався у 20,6% хворих (при $p < 0,01$).

Стан внутрішньої картини хвороби хворих АР ППЕ основної та контрольної групи представлено в таблиці 6.19.

Таблиця 6.19

Внутрішня картина хвороби у хворих з АР ППЕ
основної та контрольної групи

Типи відношення до хвороби	Основна група (n=76)		Контрольна група (n=63)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Гармонійний	33	43,4±5,6*	15	23,8±2,2
Тривожний	6	7,9±1,1**	12	19,0±1,8
Іпохондричний	8	10,5±1,4	6	9,5±1,0
Меланхолійний	11	14,5±1,9*	18	28,6±2,6
Апатичний	3	3,9±0,7	3	4,8±0,5
Неврастенічний	2	2,6±0,6	3	4,8±0,5
Обсесивно-фобічний	3	3,9±0,7	4	6,3±0,6
Сензитивний	9	11,8±1,5	9	14,3±1,4
Егоцентричний	4	5,3±0,9	5	7,9±0,8
Ейфорійний	8	10,5±1,4	7	11,1±1,2
Анозогностичний	10	13,2±1,7**	17	26,9±2,5
Ергопатичний	-	-	2	3,2±0,4
Паранойяльний	5	6,6±1,0	6	9,5±1,0

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Згідно з результатами, представленими в таблиці 6.19, розроблена програма терапії АР ППЕ дозволяє досить ефективно провести корекцію внутрішньої картини хвороби пацієнтів з АР ППЕ.

Так, в основній групі хворих з АР ППЕ більше пацієнтів з гармонійним типом внутрішньої картини хвороби (у 43,4% випадків, при $p < 0,05$) і менше пацієнтів з тривожним (у 7,9% випадків, при $p < 0,01$), меланхолійним (в 14,5% випадків, при $p < 0,05$) і анозогностичним (у 13,2% випадків, при $p < 0,01$) типами внутрішньої картини хвороби.

В контрольній групі хворих з АР ППЕ гармонійний тип ВКХ зустрічається тільки у 23,8% хворих, а тривожний, меланхолійний і анозогностичний типи ВКХ зустрічаються у 19,0%, 28,6% і 26,9% хворих відповідно.

Дослідження вираженості особливостей характеру (емоційного реагування) у хворих АР ППЕ основної та контрольної групи було здійснено за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека.

Результати цього дослідження представлені в таблиці 6.20.

Таблиця 6.20

Середній груповий рівень вираженості
особливостей характеру (емоційного реагування)
у хворих АР ППЕ основної та контрольної групи

Особливості характеру емоційного реагування	Основна група	Контрольна група
	($M \pm \sigma$ баллов)	($M \pm \sigma$ баллов)
Гіпертимні	12,1 \pm 1,7	11,5 \pm 2,0
Емотивні	12,0 \pm 2,1	13,9 \pm 1,3
Тривожні	14,2 \pm 2,3*	21,1 \pm 2,1
Демонстративні	8,1 \pm 1,1	7,9 \pm 1,3
Дистимічні	11,5 \pm 2,3	12,5 \pm 3,0
Афективно-ригідні	12,1 \pm 2,2*	20,4 \pm 2,6
Педантичні	10,4 \pm 2,1	10,9 \pm 1,9
Циклотимні	16,5 \pm 2,5	18,3 \pm 2,3
Збудливі	14,1 \pm 1,1*	19,9 \pm 2,7
Афективно-екзальтовані	12,8 \pm 2,3	14,0 \pm 1,9

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$

За результатами, поданими в таблиці 6.20, можна констатувати, що у хворих основної групи, після використання розробленої в дисертації програми терапії АР при ППЕ, відзначається менша вираженість тривожних (14,2 \pm 2,3 бала, при $p < 0,05$), афективно-ригідних (12,1 \pm 2,2 бала, при $p < 0,05$) і збудливих (14,1 \pm 1,1 бала, при $p < 0,05$) особистісних особливостей.

Тоді як в контрольній групі хворих вираженість тривожних, афективно-ригідних і збудливих особистісних особливостей залишилась на високому (акцентуйованому) рівні - 21,1 \pm 2,1; 20,4 \pm 2,6 і 19,9 \pm 2,7 балів, відповідно.

При апробації розробленої програми терапії АР ППЕ, з допомогою методики Роджерса К., Даймонда Р., був проведений аналіз чинників соціально-психологічної адаптації у хворих з АР ППЕ основної та контрольної групи.

Результати цього аналізу представлені в таблиці 6.21.

Таблиця 6.21

Фактори соціально-психологічної адаптації
хворих АР ППЕ основної та контрольної групи

Фактори соціально-психологічної адаптації		Основна група (n=76)	Контрольна група (n=63)
		%±m	%±m
1	Адаптивність	69,7±9,4	41,3±3,6
	Деадаптивність	22,4±2,9**	52,4±4,5
2	Брехливість	7,9±1,1	6,3±0,6
3	Прийняття себе	72,4±10,1	69,8±6,2
	Неприйняття себе	19,7±2,5	23,8±2,2
4	Прийняття інших	73,7±10,3	55,6±4,9
	Неприйняття інших	18,4±2,3**	38,1±3,3
5	Емоційний комфорт	63,2±8,3	68,3±6,0
	Емоційний дискомфорт	28,9±3,9	25,4±2,4
6	Внутрішній контроль	51,3±6,5	55,6±4,9
	Зовнішній контроль	40,8±5,3	38,1±3,3
7	Домінування	38,2±5,1	36,5±3,2
	Керованість	53,9±6,9	57,1±5,0
8	Ескапізм (втеча від проблем)	19,7±2,5*	38,1±3,3

Умовні позначення:

відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

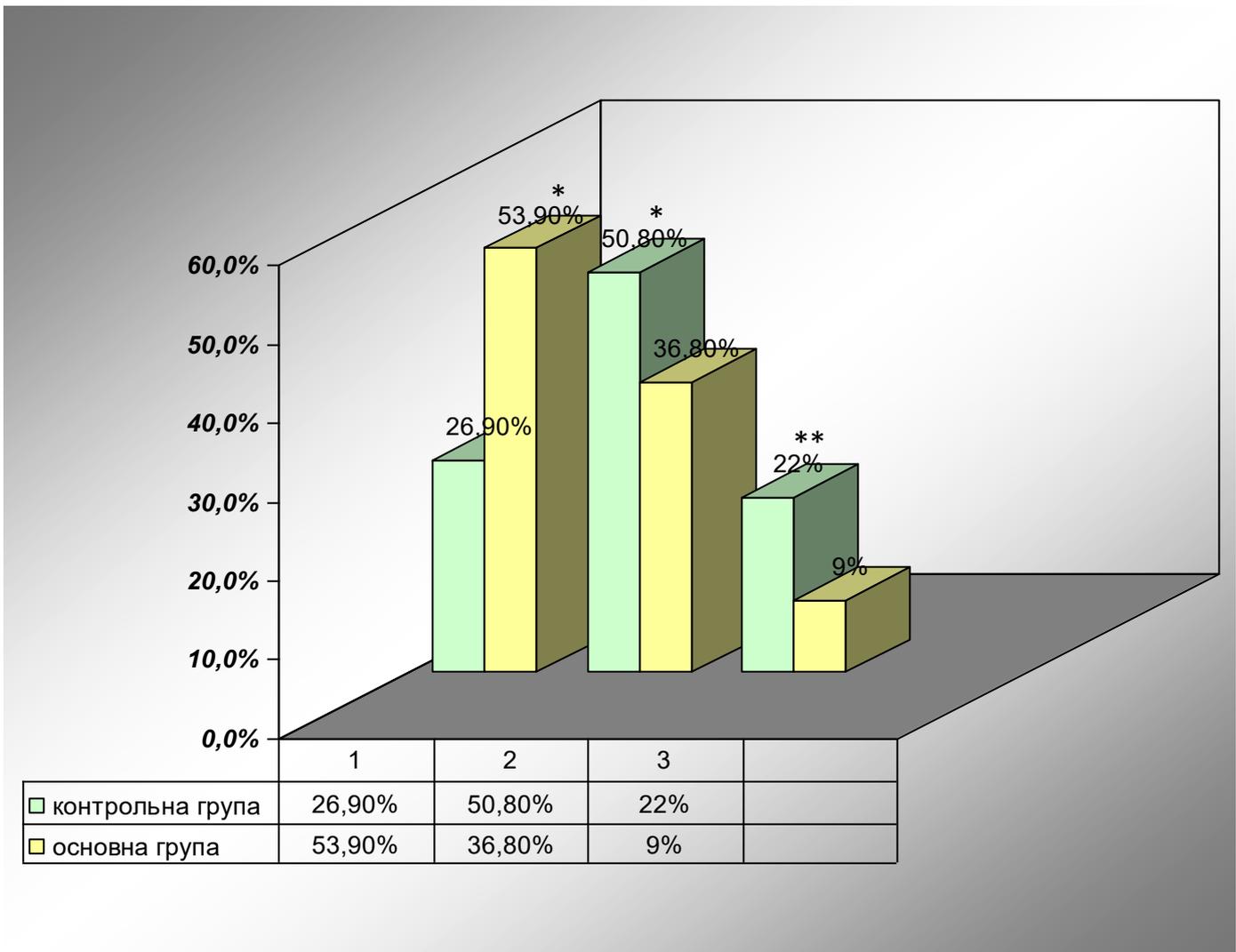
Згідно з результатами, представленими в таблиці 6.21, в основній групі хворих, після використання розробленої програми терапії АР ППЕ, виявлено меншу кількість хворих, які перебувають у стані соціально – психологічної дезадаптації (у 22,4% випадків, при $p < 0,01$) з неприйняттям інших (18,4% випадків, при $p < 0,01$) і ескапізмом (19,7% випадків, при $p < 0,05$).

У контрольній групі 52,4% хворих знаходяться в стані соціально – психологічної дезадаптації, у 38,1% хворих відзначається неприйняття інших і відхід від проблем (ескапізм).

З метою аналізу ефективності розробленої програми терапії АР у пацієнтів з ППЕ, в процесі апробації була оцінена динаміка соціального і професійного статусу хворих основної і контрольної групи.

Загальний аналіз соціального статусу хворих з АР ППЕ при ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ основної та контрольної групи представлено на

рис. 6.2.



Умовні позначення: 1 – покращення соціального статусу; 2 – соціальний статус без змін; 3 – погіршення соціального статусу; відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рис. 6.2. Соціальний статус хворих АР ППЕ основної та контрольної групи

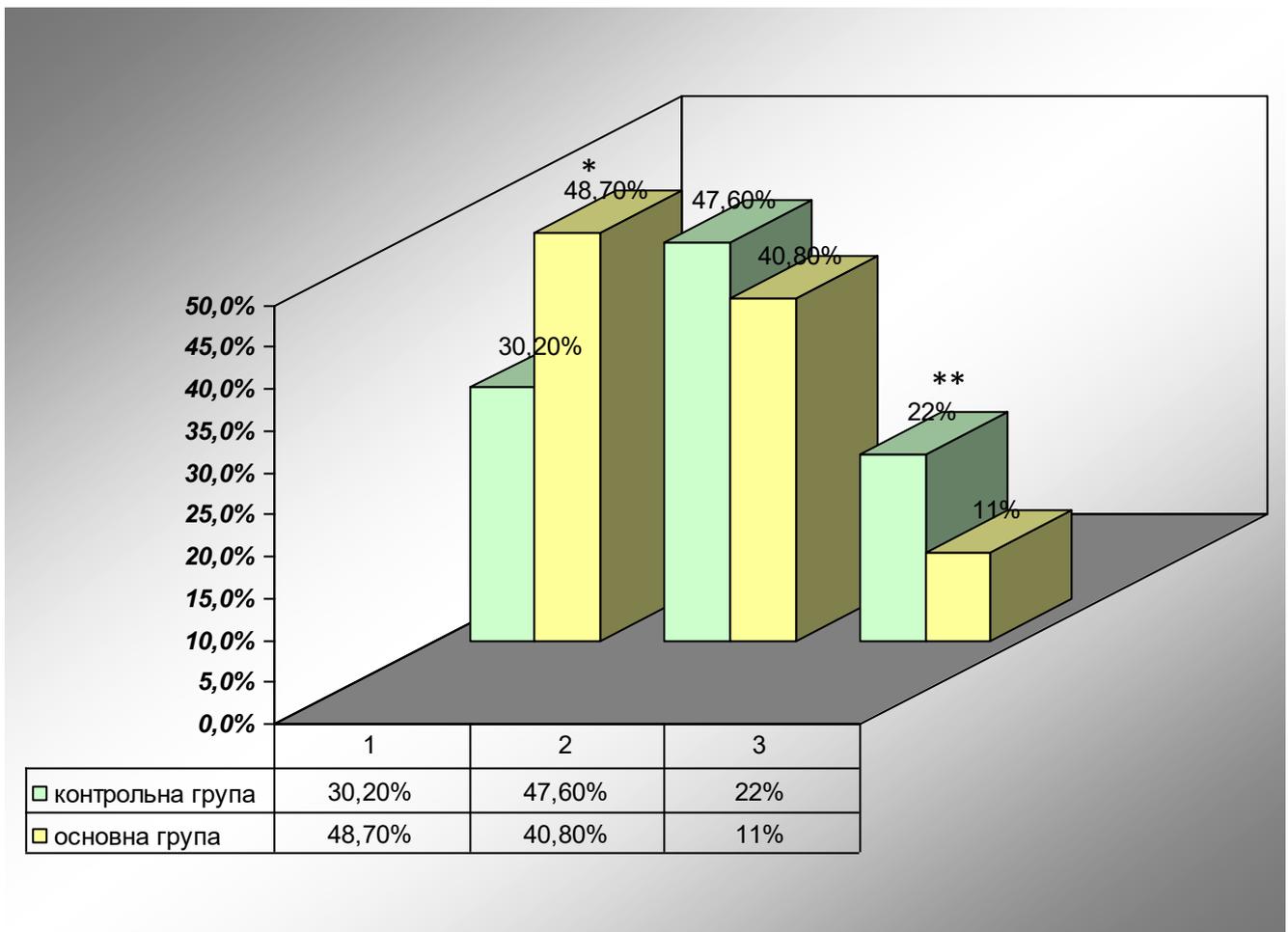
Дані, представлені на рис. 6.2, свідчать про більш високий соціальний статус хворих основної групи, які пройшли курс терапії АР ППЕ за розробленою в дисертації програмою порівняно з хворими контрольної групи, по відношенню до яких застосовувалась традиційна схема лікування АР при першому психотичному розладі.

Так у 53,9% хворих основної групи покращився соціальний статус, тоді як в контрольній групі соціальний статус покращився тільки у 26,9% хворих (при

$p < 0,05$).

При цьому у 50,8% хворих контрольної групи соціальний статус залишився без змін, а у 22,2% хворих - соціальний статус погіршився, тоді як у хворих основної групи соціальний статус, залишився без змін тільки у 36,8% хворих, а погіршився лише у 9,2% хворих основної групи (при $p < 0,05$).

Загальний аналіз професійного статусу хворих з АР ППЕ основної та контрольної групи представлено на рис. 6.3.



Умовні позначення: 1 – покращення професійного статусу; 2 – професійний статус без змін; 3 – погіршення професійного статусу; відмінності статистично достовірні: * - при $p < 0,05$; ** - при $p < 0,01$

Рис. 6.3. Професійний статус хворих АР ППЕ основної та контрольної групи

За результатами апробації розробленої програми терапії АР ППЕ (рис. 6.3) виявлено, що у пацієнтів основної групи у 48,7% випадків покращився професійний

статус, тоді як в контрольній групі професійний статус покращився тільки у 30,2% хворих (при $p < 0,05$).

Результати апробації показали, що у 22,2% хворих АР ППЕ контрольної групи професійний статус погіршився, тоді як в основній групі професійний статус погіршився лише у 10,5% хворих (при $p < 0,01$).

Таким чином, результати вивчення психопатологічних, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих з ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ дозволили розробити програму терапії АР ППЕ, що базується на засадах індивідуально-орієнтованого, диференційованого та системно-орієнтованого підходів.

Завдяки використанню цих принципів програма терапії АР ППЕ враховує: як індивідуальні фактори формування АР ППЕ, так і індивідуальні ресурси хворих, що протистоять рецидивуванню цієї психічної патології, особливості формування, перебігу та клініки ГППРБСШ, ГППРЗСШ, ГШПР і ГШРЗТ; клінічні особливості їх ремісії і суїцидогенеза у хворих з такими нозологічними формами психозу.

Розроблена програма терапії АР ППЕ складається з:

1. біологічної терапії:

- антипсихотики (галоперідол, зуклопентиксол, рисперідон, кветіапін, оланзапін, арипіпразол, паліперидон);
- антидепресанти (циталопрам, пароксетін, сертралін, есциталопрам);
- стабілізатори настрою (літію карбонат, вальпроєва кислота, ламотриджин, карбамазепін);
- небензодіазепінові гіпнотики (зопіклон);
- бета-адреноблокатори (пропранолол, атенолол, небіволол);

- бензодіазепіни (діазепам)
- коректори неврологічних і соматичних побічних ефектів антипсихотичної терапії;
- препарати загальнозміцнюючої дії (вітаміни групи В, РР, С, Е, мультивітамінний комплекс тощо);

2. психотерапії: (індивідуальна і групова когнітивна, когнітивно-поведінкова, кризова, клієнт-центрована, комплайнс-терапія, сімейна психотерапія, груповий тренінг контролю афективних реакцій і залежної поведінки, терапія мистецтвом і творчим самовираженням).

3. методів і засобів професійного втручання: професійна реорієнтація, навчання, перенавчання і раціональне працевлаштування;

4. методів і засобів соціального втручання: соціально-медичні, соціально-середовищні та соціально-побутові форми роботи з пацієнтом.

Поєднання представлених засобів терапії, соціально-психологічного та професійного втручання дозволяє впливати як на фактори формування АР ППЕ, так і на фактори, що протистоять рецидивуванню цієї психічної патології.

Програма терапії передбачає ранню діагностику АР ППЕ; своєчасність лікування; спеціалізованість допомоги (психіатричні клініки і диспансери, центри соціально-психологічної допомоги, служби зайнятості, лікарі-психіатри, психотерапевти, психологи, соціальні працівники та працівники служб зайнятості); наступництво між установами та фахівцями, які беруть участь у програмі терапії; етапність (етап діагностики (I етап) і терапія на етапі психозу (II етап) і на етапі ремісії (III етап)).

В апробації розробленої програми терапії АР ППЕ брало участь 76 хворих (18 пацієнтів з ГППРБСШ, 20 пацієнтів з ГППРЗСШ, 19 пацієнтів з ГШПР, 19 пацієнтів з ГШРЗТ). Контрольна група складалась з 63 хворих (14 пацієнтів з ГППРБСШ, 16 пацієнтів з ГППРЗСШ, 17 пацієнтів з ГШПР, 16 пацієнтів з ГШРЗТ). Хворі основної

групи пройшли курс терапії за розробленою в дисертації програмою, контрольна група - курс традиційного лікування АР ППЕ.

Результати апробації показали явну перевагу розробленої в дисертації програми терапії АР ППЕ порівняно з курсом традиційного лікування АР ППЕ. Так у 77,6% хворих основної групи відмічена стійка ремісія, в контрольній групі - тільки у 58,7% хворих (при $p < 0,05$). У 11,1% хворих контрольної групи, відзначено погіршення психічного стану, в основній групі - тільки у 5,3% хворих (при $p < 0,01$).

В контрольній групі хворих виявлено 15,9% хворих з суїцидальною поведінкою, в основній групі - лише 6,6% хворих (при $p < 0,01$). Рівень вираженості суїцидального ризику хворих з суїцидальними тенденціями в основній групі склав величину у $76,4 \pm 22,5$ бала, в контрольній групі - $169 \pm 34,6$ бала (при $p < 0,01$).

В основній групі пацієнтів з гармонійним типом ВКХ (у 43,4% випадків, при $p < 0,05$) і менше з тривожним (у 7,9% випадків, при $p < 0,01$), меланхолійним (в 14,5% випадків, при $p < 0,05$) і анозогностичним (у 13,2% випадків, при $p < 0,0$) типами ВКХ. У контрольній групі гармонійний тип ВКХ зустрічається тільки у 23,8% хворих, а тривожний, меланхолійний і анозогностичний типи ВКХ зустрічаються у 19,0%, 28,6% і 26,9% хворих відповідно.

У хворих основної групи відмічається менша вираженість тривожних ($14,2 \pm 2,3$ бала, при $p < 0,05$), афективно-ригідних ($12,1 \pm 2,2$ бала, при $p < 0,05$) і збудливих ($14,1 \pm 1,1$ бала, при $p < 0,05$) особистісних особливостей. В контрольній групі хворих вираженість тривожних, афективно-ригідних і збудливих особистісних особливостей залишилась на високому (акцентуйованому) рівні - $21,1 \pm 2,1$; $20,4 \pm 2,6$ і $19,9 \pm 2,7$ балів, відповідно.

В основній групі виявлено меншу кількість хворих, які перебувають у стані соціально – психологічної дезадаптації (у 22,4% випадків, при $p < 0,01$) з неприйняттям інших (18,4% випадків, при $p < 0,01$) і ескапізмом (19,7% випадків, при $p < 0,05$). У контрольній групі 52,4% хворих знаходились у стані соціально –

психологічної дезадаптації, у 38,1% хворих відзначалось неприйняття інших і відхід від проблем (ескапізм).

У 53,9% хворих основної групи покращився соціальний статус, в контрольній групі - тільки у 26,9% хворих (при $p < 0,05$). При цьому у 50,8% хворих контрольної групи соціальний статус залишився без змін, у 22,2% хворих - соціальний статус погіршився, тоді, як у хворих основної групи соціальний статус залишився без змін у 36,8% хворих, а погіршився лише у 9,2% хворих (при $p < 0,05$).

У пацієнтів основної групи у 48,7% випадків покращився професійний статус, в контрольній групі - тільки у 30,2% випадків (при $p < 0,05$). У 22,2% хворих контрольної групи професійний статус погіршився, в основній групі - тільки у 10,5% хворих (при $p < 0,01$).

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на основі проведеного комплексного дослідження представлено теоретичне узагальнення і нове рішення наукової задачі, що виражається в розкритті клініко-психопатологічних проявів АР ППЕ на різних етапах перебігу психозу (в продромі, маніфестації та ремісії), вивченні рівня суїцидального ризику, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР ППЕ. Це дозволило виділити основні диференціально-діагностичні критерії АР ППЕ, розробити і впровадити в психіатричну практику алгоритм ранньої діагностики та програму терапії АР у пацієнтів з ППЕ.

2. Встановлено, що серед хворих ГППРБСШ афективні розлади переважають у чоловіків (61,8%), у віці $25,8 \pm 4,2$ року, з середньо-спеціальною освітою (50,0%), розумовим характером праці (64,7%), вихованих у неповній сім'ї (64,7%), які перебувають у шлюбі (67,6%) з незадовільними сімейними відносинами (60,9%) і поганими матеріально-побутовими умовами життя (47,1%), із спадковою обтяженістю невротичними розладами (17,6%) і перинатальною патологією в анамнезі (20,6%).

У хворих з ГППРЗСШ афективні розлади частіше зустрічаються у жінок (70,3%), у віці $28,1 \pm 5,4$ року, розумовим характером праці (70,3%), вихованих у повній сім'ї (78,4%), які не перебувають у шлюбі (64,9%) і живуть у задовільних матеріально-побутових умовах (54,0% випадків), зі спадковою обтяженістю розладами особистості (переважно шизоїдного та паранойяльного спектрів) (18,9%).

При ГШПР афективні розлади виявляються переважно у чоловіків (60,0%), у віці $26,6 \pm 4,4$ року, з вищою (незакінченою вищою освітою (55,0%), працюючих у сфері розумової праці (67,5%), вихованих у повній сім'ї (75,0%), які перебувають у шлюбі (72,5%), що живуть у задовільних матеріально-побутових умовах (52,5%), із спадковою обтяженістю шизофренією (17,5%).

Серед хворих ГШРЗТ афективні розлади переважають у чоловіків (63,9%), у віці $39,7 \pm 6,1$, з середньою освітою (41,7%), які працюють у сфері фізичної праці (61,1%), вихованих у повній сім'ї (77,8%), які перебувають у шлюбі (72,2%) з незадовільними сімейними відносинами (57,7%), що живуть у задовільних матеріально-побутових умовах (55,6%), зі спадковою обтяженістю афективними розладами (16,7%) та алкогольною залежністю (11,1%).

3. Згідно з результатами дослідження, у хворих з ГППРБСШ афективні розлади в період ППЕ проявлялись експансивної манією (20,6%) і легким депресивним епізодом ($12,9 \pm 3,3$ бали) переважно сомато-вегетативного характеру (29,4%).

У хворих з ГППРЗСШ афективні розлади в період ППЕ проявлялись важким депресивним епізодом ($30,7 \pm 6,6$ бала) з переважанням тривожної (32,4%) і анестетичної (18,9%) депресій.

У хворих з ГШПР афективні розлади в період ППЕ проявлялись середнього ступеня вираженості ($15,3 \pm 3,8$ бала) депресивним епізодом дисфоричної (37,5%) і сенесто-іпохондричної (22,5%) депресій.

У хворих з ГШРЗТ афективні розлади в період ППЕ проявлялись гнівливою манією (22,2%) та вираженим ($28,1 \pm 5,8$ бала) депресивним епізодом переважно тужливо-адинамічної (30,6%) депресії.

4. За результатами аналізу інтенсивності та якісного складу продромальних симптомів у хворих з ППЕ АР при ГППРБСШ в клініці продромального періоду переважають: проблеми з фокусуванням і увагою (26,5%) легкого ступеня; розлади сну (26,5%) помірного ступеня; зниження толерантності до стресу (23,5%) помірного ступеня; афективно-екзальтована (23,5%, $18,0 \pm 1,0$ бала) та емотивна (17,6%, $16,6 \pm 2,0$ бала) форми емоційного реагування з тенденцією до акцентуації.

У групі хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ в клініці продромального періоду переважають: незвичайний зміст мислення (18,9%) легкого ступеня; соціальна ізоляція, самотність (21,6%) легкого ступеня; зниження вираженості емоцій (18,9%)

легкого ступеня; зниження переживань емоцій і самого себе (18,9%) легкого ступеня; зниження толерантності до стресу (24,3%) легкого ступеня; акцентуїтована ($21,1 \pm 2,3$ бали) афективно-ригідна (27,0%) форма емоційного реагування.

У групі хворих з АР ППЕ при ГШПР в клініці продромального періоду переважають: незвичайний зміст мислення (20,0%) помірного ступеня; підозрілість (20,0%) помірного ступеня; концептуальна дезорганізація (17,5%) помірного ступеня; соціальна ізоляція, самотність (20,0%) помірного ступеня; зниження вираженості емоцій (20,0%) помірного ступеня; дисфоричний настрій (22,5%) помірного ступеня; акцентуїтовані тривожна (20,0%, $20,7 \pm 2,4$ бала) і збудлива (22,5% випадків, $22,4 \pm 1,0$ бали) форми афективного реагування.

У групі хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ в клініці продромального періоду переважають: концептуальна дезорганізація (38,9%) легкого ступеня; погіршення рольового функціонування (30,6%) легкого ступеня; розлади сну (36,1%) легкого ступеня; дисфоричний настрій (22,2%) легкого ступеня; акцентуїтована ($20,8 \pm 2,2$ бали) циклотимічна (25,0%) форма афективного реагування.

5. Результати дослідження показали, що у хворих з АР при ГППРБСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважають: соматична тривога легкого ($1,1 \pm 0,2$ бала) ступеня, вегетативні симптоми помірного ($1,3 \pm 0,2$ бала) ступеня, проблеми з фокусуванням і увагою (23,5%) легкого ступеня, зниження толерантності до звичайного стресу (20,6%) легкого ступеня.

У хворих з АР при ГППРЗСШ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважає: тривожний субдепресивний розлад (10,8%) з безсонням (21,6%), легкого ($1,3 \pm 0,2$ бала) ступеня, тривожністю ($1,3 \pm 0,4$ бали) помірного ступеня, напругою помірного ($1,0 \pm 0,3$ бали) ступеня, тривожною поведінкою помірного ($1,1 \pm 0,2$ бала) ступеня, погіршенням рольового функціонування (16,2%) легкого ступеня, вигадливим мисленням (18,9%) легкого ступеня.

У хворих з АР при ГШПР, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважає: дисфоричний субдепресивний розлад (10,0%) з відсутністю критики до

хвороби легкого ($1,2 \pm 0,1$ бала) ступеня, ідеями і відчуттями звинувачення легкого ($1,0 \pm 0,2$ бала) ступеня, підозрілістю (20,0%) легкого ступеня, збіднінням змісту мислення (15,0%) легкого ступеня, дисфоричним настроєм (15,0%) легкого ступеня.

У хворих з АР при ГШРЗТ, в період ремісії ППЕ, в клініці захворювання переважає: тужливо-адинамічний субдепресивний розлад (8,3%) з почуттям провини легкого ($1,2 \pm 0,2$ бала) ступеня, добовими коливаннями настрою легкого ($1,3 \pm 0,2$ бала) ступеня, концептуальною дезорганізацією мислення (16,7%) легкого ступеня, соціальною неухважністю (13,9%) легкого ступеня, зниженням толерантності до звичайного стресу (19,4%) помірного ступеня.

6. Згідно з результатами вивчення патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей пацієнтів з АР ППЕ у хворих з ГППРБСШ виявлено ейфоричний (20,6%) тип ВКХ з помірно-серйозним ($49,8 \pm 8,8$ бала) рівнем порушень глобального соціального функціонування (від помірного ускладнення до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах) і соціально-психологічною дезадаптацією з прийняттям себе (26,5%) і високим рівнем ескапізму (67,6%).

У хворих з АР ППЕ при ГППРЗСШ переважають тривожний (27,0%) і сензитивний (32,4%) типи ВКХ з рівнем глобального соціального функціонування ($25,2 \pm 4,3$ бала), який значною мірою визначається психічним розладом (значні труднощі в спілкуванні, критиці та функціонуванні в більшості сфер життєдіяльності) і соціально-психологічною дезадаптацією з вираженою залежністю (62,2%).

У хворих з АР ППЕ при ГШПР частіше реєструвались анозогностичний (35,0%) і паранойяльний (32,5%) типи ВКХ з помірно-серйозним рівнем порушень глобального соціального функціонування ($52,3 \pm 6,1$ бала) (від помірного утруднення до серйозного погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах) і соціально-психологічною дезадаптацією з вираженим неприйняттям інших (52,5%).

У хворих з АР ППЕ при ГШРЗТ відзначались меланхолійний (33,3%) і апатичний (19,4%) типи ВКХ з вираженим рівнем зниження глобального

соціального функціонування ($35,2 \pm 4,1$ бала) (виражене погіршення в різних сферах соціального функціонування, погіршення оцінки реальності, утруднення в спілкуванні та соціально-психологічною дезадаптацією з вираженим внутрішнім контролем (58,3%) і низьким рівнем ескапізму (25,0%).

7. Результати вивчення психопатологічних, патопсихологічних і клініко-соціальних особливостей АР ППЕ у хворих з ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ дозволили виділити основні диференціально-діагностичні критерії та розробити алгоритм ранньої діагностики і терапії АР у пацієнтів з ППЕ, що базується на засадах індивідуально-орієнтованого, диференційованого та системно-орієнтованого підходів.

Проаналізувавши динаміку психічного стану, рівень суїцидального ризику, стан медикаментозного комплайенса, внутрішню картину хвороби, вираженість особливостей характеру (емоційного реагування), рівень соціально-психологічної адаптації та динаміку соціального і професійного статусу хворих, отримані при використанні розробленої програми терапії АР ППЕ та традиційних методів лікування цих розладів, можна зробити висновок про більш високу ефективність розробленої програми в терапії АР при ГППРбСШ, ГППРзСШ, ГШПР і ГШРЗТ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності діагностики пацієнтів з першим психотичним епізодом розроблено критерії ранньої діагностики АР в період маніфестації ППЕ у хворих з гострими поліморфними, шизофреноподібними і шизоафективними психотичними розладами.
2. Для встановлення груп ризику та забезпечення раннього втручання, виділено основні патопсихологічні та клініко-соціальні чинники формування АР ППЕ у хворих з гострими психотичними розладами шизофренічного кола.
3. Для профілактики рецидиву та підвищення ефективності лікування пацієнтів з гострими поліморфними, шизофреноподібними і шизоафективними психотичними розладами розроблена комплексна програма терапії АР ППЕ, яка складається з методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В.А. Личностно-социальное восстановление больных с первым эпизодом шизофрении: концептуальные основы // Журнал психиатрии и мед. психологии. 2012. №1(28). С. 15-22.
2. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией // Донецк: Каштан, 2009. - 584с.
3. Азаева Г.Д. Стандарты медицинской организации диагностики, лечения и реабилитации больных шизофренией // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психическим больным: материалы четвертого национального конгресса по социальной психиатрии: тезисы докладов. Москва.: МЗ и СР Российской Федерации, 2011. – С. 7.
4. Александров А.А. Интегративная психотерапия //СПб.: Питер, 2009. 352с.
5. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных // К.2006. - 556с.
6. Антохин Е.Ю. «Мишени» антисуицидальной профилактики у больных с постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении // Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России. Современные проблемы социальной и клинической сексологии. СПб. 2012. С. 324–325.
7. Антохин Е.Ю. Клиника первого психотического эпизода шизофрении: возможности психотерапии и психосоциальной работы. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии // СПб.: Таро 2014. С. 184–194.
8. Антохин Е.Ю. Постпсихотическая депрессия при первом эпизоде шизофрении: особенности отдельных свойств личности // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 271-272.
9. Антохин Е.Ю. Протективные структуры личности и когнитивные функции у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и их матерей // Социальная и клиническая психиатрия .2015.Т. 25 №2. С. –19-26.

10. Антохин Е.Ю. Самооценка социальных и когнитивных дисфункций, социальное функционирование больных с постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психическим больным: материалы четвертого национального конгресса по социальной психиатрии: тезисы докладов. Москва.: МЗ и СР Российской Федерации. 2011.С. 174.

11. Антохин Е.Ю. Сертиндол в структуре комплексной терапии первого психотического эпизода шизофрении, протекающего с депрессивным синдромом // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. №4(23). С. 91-97.

12. Антохин Е.Ю. Структура перфекционизма у больных с постприступной депрессией при первом психотическом эпизоде // Материалы 6-й международной научно-практической конференции, Оренбург 2016.С. 68-69.

13. Антохин Е.Ю. Типология постприступной депрессии при первом эпизоде шизофрении, Материалы 6-й международной научно-практической конференции // Оренбург. 2016. С. 69-72;

14. Арасланова И.Н. Оценка эффективности групп арт-анализа у больных шизофренией в условиях психиатрического стационара // Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. Санкт-Петербург. 2015. С. 10-11.

15. Ассанович М.В. Оценка психопатологических симптомов при шизофрении в рамках дименсионального подхода // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии – Уфа, 18-20 мая 2016г. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.2016. С. 51.

16. Ахметова Л.Ш. Предикторы эффективности лечения больных шизофренией в стационаре первого психотического эпизода // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI

Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 53-54.

17. Бабарахимова С.Б. Исследование личностных особенностей женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 18-21.

18. Бабин С.М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2012. №1. URL: http://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psikhofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/1114/1579.

19. Барденштейн Л.М. Аффективные нарушения депрессивного регистра в структуре острых преходящих психотических расстройств // Тюменский медицинский журнал. 2013. №1. С. 51-52.

20. Бачериков А.Н. Короткофокусная психоаналитически ориентированная психотерапия (обзор литературы) // Таврический журнал психиатрии. 2010. Том 14, №4(53). С. 40-44.

21. Березовская М.А. Эпидемиологические исследования шизофрении в Красноярском крае // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров», 2016. С. 32-35.

22. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии М.: ЭКСМО, 2008. 256с.

23. Берников В.М. Системный подход в психотерапии психозов: клинический случай // Омский психиатрический журнал. 2015. №4(6). С. 20-22.

24. Билоус В.С., Продромальные предикторы психоза у больных параноидной шизофренией и острым полиморфное психотическое расстройство // Украинский вестник психоневрологии. 2016. Том 24, выпуск 2 (87). С. 31-33.

25. Блажевич Ю.А. Динамика клинической картины при первых приступах первичного психотического эпизода // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. №4(22). С.59-64.
26. Блюбаш И. Руководство по гештальттерапии. М.: Психотерапия, 2011. 768с.
27. Бобров А.С., О.Н. Чуюрова, Н.Ю. Рожкова Биполярная депрессия в клинике шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №7. С. 9-16.
28. Бобров А.С., М.Ю. Рожкова, Н.Ю. Рожкова Депрессивное шизоаффективное расстройство (типология манифестных приступов) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. №3. С. 15-20.
29. Бобров А.С., О.Н. Чуюрова Суицидальность в клинике неманифестной шизофрении с аффективной структурой приступов и коморбидной обсессивно-фобической симптоматикой // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. - СПб.: Альта Астра. 2015. С. 880-881.
30. Бобров А.С. Шизофрения с аффективными расстройствами по монополярному (депрессивному) и биполярному типу // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность: материалы научно-практической конференции. С.Пб.:, 2014. С. 138-139.
31. Бубнова Ю.С., В.В. Дорофейков, Г.Э. Мазо, Н.Н. Петрова К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении// Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2012. №4(14). С. 21-26.
32. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 1): возможные механизмы // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №1(16). С. 53-62.
33. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 2): типология и течение постшизофренических депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №2(16). С. 47-53.

34. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 3): фармакотерапия // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2015. №02. С. 35-39.
35. Букреева Н.Д. с соавт. Оптимизация оказания психиатрической помощи больным шизофренией (организационные и клиничко-экономические аспекты)// Журнал "Психическое здоровье". 2016. №4. С. 3-14.
36. Буланова Я.В. с соавт. Применение разных групп антидепрессантов в лечении шизофренических депрессий в структуре психотического эпизода // Вопросы оптимизации оказания психиатрической помощи населению Сибири: сборник тезисов Межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово. 2014. С. 29-31.
37. Бурлачук Л.Ф. с соавт. Психотерапия. Психологические модели. СПб.: Питер.2009. С. 496с.
38. Былим И.А. с соавт. Биологическая и психосоциальная терапия больных с первым приступом шизофрении // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 69-70.
39. Бычкова В.В., В.А. Гордеев, Д.Г. Устьянцев Применение вальдоксана в лечении больных шизофренией, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров», 2016. С. 48-50.
40. Василевская Ю.Д., В.Д. Сергеев, К.Е. Фаткулина Особенности эрготерапии в реабилитации больных шизофренией // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров».2016.С. 51-54.
41. Васильев В.В. Эффективность терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра //

Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. №4. С. 30-37.

42. Васильева А.И., Н.В. Говорин Сравнительная оценка влияния галоперидола и респеридона на нейромаркеры и показатели эндотелиальной дисфункции у больных с первым психотическим эпизодом // Актуальные вопросы психиатрии: тезисы докладов. Чита. 2011. С. 23-25.

43. Веракса А.Е., Егоров А.Ю. Оценка безопасности и эффективности купирующей терапии острых эндогенных психозов // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 85.

44. Веракса А.Е., Егоров А.Ю. Фармакотерапия острых эндогенных психозов: аугментация с помощью бензодиазепинов и препаратов вальпроевой кислоты // Наука и практика Российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: тезисы докладов. С.-Петербург: ООО Альта-Астра, 2016. С. 22.

45. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении // СПб: Питер. 2008. 512с.

46. Воинкова Е.Е., Петрова Н.Н. Особенности когнитивного функционирования у пациентов с первым психотическим эпизодом, получавших терапию антипсихотиками I и II поколения // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2015. №04. С. 15-18.

47. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клиничко-катамнестическое исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т.21(4). С. 90-92.

48. Волчкова Т.Ф. Влияние реабилитационных мероприятий на социальное функционирование больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №1. С.16-18.

49. Волчкова Т.Ф., Ю.В. Лычкова, А.Д. Шеллер с соавт. Опыт практического применения препаратов сертиндол и эсциталопрам у пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра // Омский психиатрический журнал. 2015. №2(4). С. 24-28.

50. Говенько А.А., И.М. Лаврентьева, А.М. Селедцов Особенности диагностики и терапии впервые выявленного острого психотического эпизода // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 80-81.

51. Говорин Н.В., Ершова А.В. Многоцентровое наблюдательное исследование назначения атипичных антипсихотиков при лечении обострений шизофрении в условиях стационара в России // Всероссийская научно-практическая конференция «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России. Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы докладов. Казань, 2012. С. 14-15.

52. Гончаров, В.Е. Проблема социальной адаптации больных шизофренией // Международный медицинский журнал. 2010. №2 С. 11-14.

53. Гордон У. Гештальттерапия постмодерна: за пределами индивидуализма. М.: Смысл. 2011. С. 464с.

54. Гурович И.Я., А.Б. Шмуклер, А.С. Дороднова, Л.Г. Мовина Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом) // Методические рекомендации. М. 2003. С. 23.

55. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Купирующая терапия атипичными антипсихотиками больных с впервые возникшими психотическими состояниями // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т.21(4). С. 51-57.

56. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) //М.: ИД «Медпрактика-М». 2010. С. 544с.

57. Гурович И.Я., Я.А. Сторожакова с соавт. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. Т.113. №11(вып.2). С. 28-33.

58. Гуткевич Е.В., А.В. Семке, О.А. Даниленко Адаптационно-привентивный потенциал семьи больных шизофренией: мишени и механизмы // Проблемы коморбидности у больных шизофренией: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием. Томск: Изд-во «Иван Федоров». 2014. С. 41-44.
59. Данилов Д.С. Атипичные нейролептики при лечении шизофрении (сравнительное проспективное исследование) // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 188.
60. Данилов Д.С., Н.А. Тювина, В.Д. Морозов Терапевтическое сотрудничество (комплайенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества // Российский психиатрический журнал. 2013. №2. С. 64-71.
61. Данилов Д.С., Магомедова Д.О. Эффективность терапии сертралином больных шизофренией с депрессивной симптоматикой в период лекарственной ремиссии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №06. С. 36-43.
62. Декер-Фойгт Г.-Г., Д. Оберэгельсбахер, Т. Тиммерман Музыкальная терапия // Оренбург: ГОУ ВПО «ОГИИ им. Л. и М. Ростроповичей». 2011. С. 384с.
63. Деменьтьева Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы //М.: Академия. 2010. С. 225с.
64. Демьянов И.А., Н.В. Ткачук, А.Ю. Игнатъев Влияние комплаенса на адаптацию пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: тезисы докладов. Чита. 2015. С. 72-74.
65. Денисенко М.К. Работа с семьями больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия 2011. Т.21. №4. С. 104-110.
66. Денисенко М.М. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №06. С. 19-22.

67. Джангильдин Т.Ю., А.Л. Адамс Психотерапия шизофрении: проблемы и перспективы // Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ. Москва. 2014. С. 179-188.
68. Дмитриев А.С., И.Н. Винникова, Н.В. Лазько с соавт. Клиника психогенных депрессий у больных шизофренией // Журнал "Психическое здоровье". 2016. №4. С. 15-18.
69. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии //М.: Психотерапия. 2009. 304с.
70. Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств. 2015. №1. С. 2-9.
71. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, Т.Л. Ряполова, С.Г. Пирков, Г.Г. Путятін, С.Г. Ушенін: методичні рекомендації // Київ, Донецьк, 2013. С.36с.
72. Еричев А.Н., А.П. Коцюбинский Когнитивно-поведенческая психотерапия эндогенных расстройств // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 698-699.
73. Есин А.В., Н.К. Волкова, М.А. Сумарокова, Д.Ф. Хритинин Лекарственный патоморфоз депрессивных расстройств у больных с шизоаффективными расстройствами в ремиссии // Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. - Санкт-Петербург. 2015. С. 83-85.
74. Етчіс Е. Шизофренія: огляд та оновлення уявлень про механізми психопатології // Вестник ассоциации психиатров Украины. 2013. №01. Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35068>.
75. Животовська Л.В., А.М. Скрипніков, Д.І. Бойко Преморбідні особливості з урахуванням біоритмів у пацієнтів із ауто агресивною поведінкою при першому психотичному епізоді // Медична психологія. 2016. № 2. С. 42-46.

76. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинико-нейропсихологическое исследование: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.18 // [Место защиты: Московский научно-исследовательский институт психиатрии]. Москва. 2010. 204с.
77. Зайцева Ю.С. Реферат руководства по психофармакологическому лечению шизофрении на основе данных доказательной медицины: рекомендации Британской ассоциации психофармакологов. Часть // Социальная и клиническая психиатрия 2011. Т.21(2). С. 82-89.
78. Зарецкий А.Д. Менеджмент социальной работы // М.: Феникс, 2009. 192с.
79. Изнак А.Ф., Е.В. Изнак, Т.П. Ключник, И.В. Олейчик с соавт. Регрессионные модели связи клинических и нейробиологических показателей при терапии маниакально-бредовых состояний в рамках приступообразной шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. №3(116). С. 3-33.
80. Інсайт-орієнтована психотерапія у хворих з першим психотичним епізодом Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, О.М. Голоденко, Є.М. Денисов, О.Г. Студзінський, О.К. Малтапар: методичні рекомендації. // Київ- Донецьк. 2013. 28с.
81. Кабанов М.М., А.Е. Личко, В.М. Смирнов Методы психологической диагностики и коррекции в клинике // Л.: Медицина, 1983. 312с.
82. Кананович П.С. з соавт. Феномен ангедонии в структуре расстройств аффективного и шизофренического спектра // Психиатрия. 2015. № 4. С. 37-41.
83. Каплан Г.И., Б.Дж. Сэдок Клиническая психиатрия // М.: Медицина, 1994. 671с.
84. Кожина А.М., В.Е. Кришталь, Е.И. Сухоиванова Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией // Український вісник психоневрології. 2012. Т.20, вип. 1(70). С. 44–45.

85. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства // Психічне здоров'я. 2009. Т.3-4(24-25). С. 60-62.

86. Козлов Я.С., Антохин Е.Ю. Особенности комплексной терапии больных шизофренией в условиях отделения первого психотического эпизода (5-летний катамнез)// Психотерапия и психофармакотерапия: где точки соприкосновения?: материалы Российской научно-практической конференции. Оренбург. 2013. С. 53-57.

87. Колесниченко Т.Н. Клинические особенности постшизофренических депрессий у женщин, перенесших психотический эпизод // «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», «Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы научно-практической конференции. СПб.2012 С. 106-107.

88. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза [Текст] / Н.А. Марута, И.А. Явдак, Г.Ю. Каленская // Методическое пособие. – Харьков, 2010. – 95с.

89. Коровина Л.Д. Особенности терапии атипичными антипсихотиками обострений параноидной шизофрении у женщин // Международный медицинский журнал. 2013. №1 С. 11-14.

90. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра // М.: Практическая медицина, 2011. 432с.

91. Краснов В.Н., Т.В. Довженко, А.Е. Бобров с соавт. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) // М.: «МЕДПРАКТИКА-М». 2008. 136с.

92. Краснова П. Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении и профилактики острых состояний в психиатрии (по материалам 26-го Конгресса ЕСNP // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №03. С. 69-70.

93. Крупченко Д.А. Клиническое значение и коррекция осознания болезни (инсайта) при параноидной шизофрении : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.06 / Крупченко Дмитрий Александрович. Минск. 2014. 20с.
94. Куаныш С.А. Новые подходы к терапии больных шизофренией (обзор литературы по данным последнего десятилетия) // Российский психиатрический журнал. 2014. №5. С. 54-59.
95. Кулешова Е.О. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики при острых психотических расстройствах // Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. Санкт-Петербург. 2015. С. 117-119.
96. Кулешова Е.О. Прогнозирование течения острых психотических расстройств на основании их клинических особенностей // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 134-137.
97. Куликова О.С. Когнитивные факторы социальной адаптации больных с параноидной шизофренией // Вестник ЮУрГУ (психология). 2014. Т.7.(2). С 109-115.
98. Куликова О.С. Особенности фрустрационного реагирования на инициальном этапе параноидной шизофрении // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 189-190.
99. Куликова О.С. Психологический аспект системы биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. – Барнаул: ИП Колмогоров И.А. 2014. С. 158-161.

100. Кутько И.И., О.А. Панченко, А.Н. Линева, Г.С. Рачкаускас Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии // Новости медицины и фармации. 2013. №10(461). С. 16-20.
101. Кутько И.И., О.А. Панченко, А.Н. Линева, Г.С. Рачкаускас Современное лечение психотической шизофрении. Дифференцированная биологическая терапия эндогенно - процессуальных психозов // Новости медицины и фармации. 2013. №16(467). Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36936>.
102. Лаукс Г., Х-Ю. Миллер. Психиатрия и психотерапия // М.: МЕДпресс-информ. 2013. 512с.
103. Лисняк М.А. Направления психокоррекционных мероприятий в системе реабилитации больных шизофренией // Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции. Красноярск: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 107-110.
104. Литвинцев С.В. Синдром «патологического предвидения» и его место в дебюте параноидной шизофрении // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. №1. С. 49-52.
105. Лихолетова О.И. Концепция инсайта и инсайт-ориентированная психотерапия у больных с первым психотическим эпизодом // Південноукраїнський медичний журнал. 2013. №3(03). С. 69-74.
106. Лобачева О.А., Т.П. Ветлугина, А.В. Семке, Ю.Л. Мальцева с соавт. Клинико-иммунологические предикторы прогноза эффективности антипсихотической терапии амисульпридом // Биомаркеры в психиатрии: поиск и перспективы: сборник тезисов Российской конференции с международным участием. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2016. С. 70-72.
107. Лутова Н.Б. Взаимосвязь психопатологической симптоматики и комплайенса у больных шизофренией // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы международной конференции. Гродно: ГрГМУ. 2012. С. 188-192.
108. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Потребности близкого окружения пациентов с шизофренией в процесс лечения // Наука и практика Российской

психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: тезисы докладов. С.-Петербург: ООО Альта-Астра. 2016. С. 51.

109. Лутова Н.Б., И.Н. Петровская, В.Д. Вид Сознание болезни и комплайенс больных психозами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2014. №1. С. 10-15.

110. Любов Е.Б. Фармакоэкономический прогноз поддерживающей терапии больных шизофренией препаратами сероквель пролонг, рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрекса) и типичными нейролептиками // Социальная и клиническая психиатрия 2011. Т.21(2). С. 66-75.

111. Мадорский В.В. Практическая психотерапия шизофрении // Ростов-на-Дону: ООО «ДИД». 2011. 344с.

112. Мадорский В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 27-35.

113. Мазо Г.Э., Бубнова Ю.С. Депрессия при шизофрении: диагностика и терапия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. №3. С. 90-93.

114. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е. Депрессия при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №4(19). С. 5-15.

115. Макарова О.В., Калинина К.В. Особенности течения шизофрении в позднем возрасте у пациентов соматогеронто-психиатрического отделения // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 168-170.

116. Малюта Л.В., Клинико-психологические особенности депрессивных расстройств при манифесте шизофрении // Украинский вестник психоневрологии, 2016.Том 2. Вип. 2(87). С. 56-61.

117. Маляров С.А. Атипичные антипсихотики в терапии биполярного расстройства // НЕЙРОNEWS. 2010. №3(22). Режим доступа: <http://www.neuronews.com.ua/article/310.html>.
118. Марута Н.А., Клинико-психопатологические особенности продромальной стадии психоза, [Текст] / Марута Н.А., Билоус В.С., //Український вісник психоневрології. – 2015. – Том 23, вип..3 (84), - С. – 145-146;
119. Марута Н.А., Билоус В.С. Дифференциально - диагностические критерии продромальной стадии психоза // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. №2(24). С.176-183.
120. Марута Н.А., С.А. Ярославцев, Е.С. Череднякова Клинико-психопатологическая структура коморбидной психической патологии у больных шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. №3(21). С.68-77.
121. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. 2007. Том 15. вип. 1(50). С. 21-25.
122. Марута Н.А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии // Здоров'я України. 2014. №2(29). С. 42-43.
123. Марута Н.О., А.М. Бачериков, Т.М. Воробйова з соавт. Застосування краніоцеребральної гіпотермії при лікуванні депресивних розладів у хворих із суїцидальною поведінкою: методичні рекомендації // Х. 2007. 15с.
124. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // НейроNews. 2010. № 5(24). С. 83-90.
125. Маслеников Н.В., Э.Э. Цукарзи, С.Н. Мосолов Клиника и терапия депрессий при шизофрении // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике). М: Социально-политическая мысль. 2012. С. 172-185.
126. Маслеников Н.В., Э.Э. Цукарзи, С.Н. Мосолов Транскраниальная магнитная стимуляция при депрессиях у больных шизофренией // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 455-456.

127. Матюшкова Е.С., Е.А. Харина, Р.И. Палаева, Е.Ю. Петрова, Б.Г. Будза Особенности свойств личности у больных постшизофренической депрессией при первом эпизоде шизофрении // Материалы 6-й международной научно-практической конференции. Оренбург 2016. С. 53-56.
128. Медведев В.Э., В.И. Фролова, Е.В. Гушанская, А.Ю. Тер-Израелян Оценка эффективности и переносимости купирующей терапии атипичных и типичных нейролептиков при шизофрении // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №02. С. 29-35.
129. Мёллер Х.-Й. Шизофрения: современные концепции и терапевтические последствия // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. – 2011. – Т.13(3). – С. 8-13.
130. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации // НИПНИ им. В.М. Бехтерева: сост.: Н.Б. Лутова и др. СПб. 2007. 24с.
131. Методичний комплекс ретроспективної оцінки доманіфестного етапу першого психотичного епізоду Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, О.М. Голоденко, О.Г. Студзінський, І.В. Жигуліна: методичні рекомендації// Київ, Донецьк. 2013. 38с.
132. Минутко В.Л. Шизофрения.// М. 2009. 680с.
133. Михайлов Б.В., Психодинамическая психотерапия. Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии под ред. Б.В. Михайлова, М.П. Боро// Донецк: Каштан. 2009. 498с.
134. Морено Я. Психодрама //М.: Психотерапия. 2008. 496с.
135. Морозов П.В. з соавт. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі // Український вісник психоневрології. 2014. т. 22. вип. 1 (78). С. 11-17.
136. Музафарова А.Ф., Н.Б. Семенова, Ю.Н. Щеглова Групповые тренинги когнитивной ремедиации с больными шизофренией в условиях амбулаторной поликлиники // Современные проблемы охраны психического здоровья населения

Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции. Красноярск: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 119-120.

137. Мутных Е.М., А.Е. Бобров, Л.А. Краснослободцева Динамика когнитивной симптоматики у больных шизоаффективным расстройством при лечении антипсихотиками // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 228.

138. Мутных Е.М., Л.А. Краснослободцева, А.Н. Богдан, Ю.В. Сейку Шизоаффективное расстройство: исторический аспект // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2016. №02. С. 37-40.

139. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики // СПб.: ВМЕДА. 2007. 376с.

140. Носко А.С., В. П. Зыков, Е. В. Андриенко, Т. П. Платонова, А. С. Тиганов Некоторые виды доманифестных расстройств при приступо-образно-прогредиентной шизофрении //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №114(12). С. 31-35.

141. Овчинников Б.В., И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова Психическая предпатология превентивная диагностика и коррекция// СПб.: ЭЛБИ-СПб. 2010. 368с.

142. Оганесян Н.Ю. Клиническое наблюдение больной параноидной шизофренией в процессе танцевальной психотерапии // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010. №12(2). С. 355-366.

143. Оганесян Н.Ю. Особенности коррекции координации движений в танцевальной психотерапии шизофрении // Наука и практика Российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: тезисы докладов. С.-Петербург: ООО Альта-Астра. 2016. С. 61-62.

144. Озорнин А.С. Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным шизофренией в клинике первого психотического эпизода // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов

Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА. 2015. С. 161-163.

145. Озорнин А.С. Сравнительный анализ клинико-демографических показателей пациентов, впервые заболевших шизофренией и невротическими расстройствами [Текст] / А.С. Озорнин, Н.В. Озорнина // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: тезисы докладов. Чита. 2016. С. 79-80.

146. Осокина О.И. Возможности медикаментозного лечения и психотерапии в потенцировании ремиссии у пациентов на ранних стадиях шизофрении// Международный неврологический журнал Практикующему неврологу. 2015 5(75) С. 116-123.

147. Осокина О.И. Концептуальные основы экзистенциально-личностного восстановления больных с первым психотическим эпизодом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. №2. С. 3-13.

148. Осокина О.И. Предикторы начала и последствий первого эпизода психоза (математические модели прогноза) // Украинский вестник психоневрологии. 2015. Том 23. вып. 4 (85). С. 62-67.

149. Павленка П.Д. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности // М.: Инфра-М.2009. 384с.

150. Павлов П.В. Методика групповой психокоррекции на основе бихевиорально-когнитивной теории для больных с шизофреническим дефектом в условиях дневного стационара // Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. Томск-Кемерово: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 215-218.

151. Палин А.В. Оценка изменений уровня мотивации в процессе тренинга распознавания ранних признаков заболевания и методов совладения с ними у пациентов с приступообразной шизофренией // Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ. Москва. 2014. С. 119-120.

152. Папсуев О.О., Л.Г. Мовина, М.В. Миняйчева Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра// Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24(3). С. 33-36.
153. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація Н.О. Марута, Л.Н. Юрьєва, Т.В. Панько, О.Є. Кутіков, Є.І. Гура: Методичні рекомендації // Харків, 2009. 31с.
154. Перший психотичний епізод: система екзистенційно-особистісного відновлення хворих Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, Г.Г. Путятін, С.Г. Ушенін, М.О. Шелестова: методичні рекомендації.// Київ, Донецьк, 2013. 32с.
155. Першина Н.П. , .Ю. Струкова, А.А. Логачёва Эффективность психосоциальной терапии пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях дневного стационара Е // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 82.
156. Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е. Возможности сохранения когнитивных функций у больных с первым психотическим эпизодом // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 254-255.
157. Петрова Н.Н., Вишневская О.А. К вопросу терапии больных с депрессией в ремиссии шизофрении // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 984-986.
158. Петрова Н.Н., О.А. Вишневская, А.Н. Гвоздецкий Прогностические факторы депрессии в ремиссии шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. №06. С. 52-56.
159. Пішель В.Я., М.Ю. Полив'яна Посттравматичний стресовий розлад та психотичні прояви: дискусійні питання // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2 (85). С.114-115.
160. Плотнікова О.В. Клініко-психопатологічні особливості хворих на шизофренію на тлі антипсихотичної терапії в умовах сучасного патоморфозу:

автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 /О.В. Плотнікова: Укр. НДІ соц. і суд. псих. та нарк.// К.2012. 20с.

161. Подкорытов В.С., Ю.Ю. Чайка Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей // Харьков: «Торнадо». 2003. 352с.

162. Попадопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы//Электронный ресурс 2014. Режим доступа: <http://www.koob.ru>.

163. Попов М.Ю. Комбинированная терапия антипсихотиком и антидепрессантом: границы клинического применения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. №4. С. 16-23.

164. Попов М.Ю. Предпосылки применения антидепрессантов при шизофрении // Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. Санкт-Петербург. 2015. С. 160-162.

165. Потанин С.С., Д.С. Бурминский, М.А. Морозова Возможные подходы к индивидуализации антипсихотической терапии при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. №3. С. 90-93.

166. Празднова В.А. Три компонента интегративного подхода к групповой психотерапии с родственниками больных шизофренией // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психическим больным: материалы четвертого национального конгресса по социальной психиатрии: тезисы докладов. Москва.: МЗ и СР Российской Федерации. 2011. С. 227.

167. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие ред.-сост. Райгородский Д.Я.// Самара: Издательский Дом «БАХРАХ». 2002. 672с.

168. Прибытков, А.А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22(4). С. 27-29.

169. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. // М.: ИД «Медпрактика-М». 2007. 260с.

170. Психиатрия под ред. Н.Г. Незнамова.// М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 512с.

171. Психиатрия. Руководство для врачей / под ред. А.С. Тиганова. // М.: Медицина. 2012. Т.1. 807с.
172. Психиатрия: национальное руководство под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке. // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 1000с.
173. Психиатрия: Руководство для врачей под ред. П.Г. Сметанникова.// М.: Медицинская книга. 2007. 784с.
174. Психиатрия: справочник практического врача под общ. ред. А.Г. Гофмана. // М.: МЕДпресс-информ. 2010. 608с.
175. Психотерапия Б.Д. Карвасарский.// М.-СПб.: Питер. 2008. 672с.
176. Пшук Є.Я. Оцінка рівня комунікативного ресурсу хворих на шизофренію та їх родичів // Архів психіатрії. 2013. Т.19(75). С. 69-73.
177. Решетников М.М. Базисное руководство по психотерапии.// М.: Речь. 2012. 784с.
178. Ривкина М.Н. Эффективность групповой психосоциальной работы с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 82-83.
179. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение // М.: Психотерапия. 2007. 560с.
180. Родомазова А.В. Клинико-динамические особенности мании с неконгруентными психотическими симптомами в дебюте шизофрении // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов XVII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья и II Российско-китайской научно-практической конференции «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстройствами». Томск: Изд-во «Иван Федоров».2015. С. 198-201.
181. Рожкова М.Ю. Доманифестные особенности больных с депрессивным вариантом шизоаффективного расстройства // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов научно-практической конференции. Томск. 2013. С. 148-151.

182. Романенко Ж.В. Основы семейной психотерапии //М.: Из. НГМА, 2008. 72с.
183. Руководство по психиатрии под общ. ред. А.В. Снежневского. // М.: Медицина, 1983. 480с.
184. Руководство по психиатрии под общ. ред. Г.В. Морозова.//М.: Медицина. 1988. 639с.
185. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии М.П. Боро, Р. Краузе, Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута и др.: под общ. ред. М.П. Боро. //Донецк: “Каштан”. 2010. 358с.
186. Ряполова Т.Л. Ранняя реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): автореф. дис. ... док. мед. наук: 14.01.16 / Т.Л. Ряполова; ДУ ІНПН АМН.// Х. 2010. 35с.
187. Саидхонова Ф.А. Коморбидность тревожно-депрессивных и личностных расстройств шизоаффективного регистра у женщин // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: тезисы докладов. Чита. 2016. С. 93-95.
188. Сеанс перенесеного психіатричного досвіду у хворих з першим психотичним епізодом Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, С.Г. Пирков, О.М. Виговська, Є.М. Денисов, С.Г. Ушенін: Методичні рекомендації.// Київ, Донецьк. 2013. 24с.
189. Семенова Н.Б., Ю.С. Вайгель, О.А. Дубровская Опыт проведения тренингов когнитивной ремедиации с больными шизофренией в условиях круглосуточного стационара // Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции. - Красноярск: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 157-160.
190. Семке А.В., М.С. Зинчук Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 29-33.

191. Синча К.А Особенности алекситимии, ангедонии и тревоги в структуре депрессивных и парадепрессивных проявления у пациентов с шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология .2016. №2(24). С.184-189.
192. Смирнова Д.А. Психозы (шизофрения) через призму феномена миграции: по материалам XXII Европейского конгресса психиатрии (1–4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. № 5. С. 4-20.
193. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике //М.: МЕДпресс-информ. 2011. – 720с.
194. Снежневский А.В. Шизофрения (Цикл лекций) // М.: МЕДпресс-информ. 2010. 160с.
195. Соболев В.А., И.А. Давыдова, М.А. Ярославская Исследование гендерных различий больных шизотипическим расстройством в использовании проактивных стратегий стресс-преодолевающего поведения // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: тезисы докладов. – Чита. 2016. С. 109-110.
196. Соболев В.А., Д.В. Чумаков, М.А. Ярославская Структура личности больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: тезисы докладов. Чита, 2016. С. 111-113.
197. Соколов, Р.Е. Манифестные шизофренические психозы у девушек [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Соколов Роман Евгеньевич. – Москва. 2012. 38с.
198. Софронов А.Г., Спикина А.А. Нейрокогнитивные тренинги в системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией // Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии: материалы научно-практической конференции. Оренбург. 2013. С. 98.
199. Софронов А.Г., А.А. Спикина, Е.Ю. Тявокина Роль нейрокогнитивных тренингов в системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией //

Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. Санкт-Петербург. 2015. С. 186-187.

200. Спикина А.А., Софронов А.Г. Оценка отдельных показателей лечения шизофрении на различных этапах психиатрической помощи // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 570-571.

201. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 рр. під ред. М.К. Хобзей, М.В. Голубчикова, П.В. Волошина, Н.О. Марути.// Київ-Харків: Видавець. 2011. 173с.

202. Старинская Е.О., Корнетов Н.А. Образовательные программы по шизофрении для пациентов и их родственников // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 292-293.

203. Старичков Д.А., А.А. Овчинников, Т.Д. Сырчина, И.Ю. Климова Коморбидность шизофрении и депрессивных расстройств: вопросы клиники, диагностики и превенции суицидальной активности // Проблемы коморбидности у больных шизофренией: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием. Томск. 2014. С. 116-120.

204. Степанова А.В. Сравнительный анализ психологической адаптации у больных параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством // Научно-практическая конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. Санкт-Петербург. 2015. С. 188-189.

205. Стрижев В.А., Е.А. Михайловская, Ф.Х. Каитова Социальные факторы риска развития рецидива у лиц с шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА. 2015. С. 215-216.

206. Строганов А.Е., Кулешова Е.О. Некоторые аспекты клинической динамики острых психотических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015. №2. С. 74-77.
207. Сырчина Т.Д. с соавт. Выявление суицидального риска у больных шизофренией на ранних этапах заболевания. [Электронный ресурс] // Journal of Siberian Medical Sciences, №3, 2014. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenie-suitsidalnogo-riska-u-bolnyh-shizofreniey-na-rannih-etapah-zabolevaniya>.
208. Теклюк С.В. Актуальні проблеми медико-соціальної реабілітації пацієнтів з первинним епізодом шизофренії // Biomedical and biosocial anthropology. 2013. №20. С. 180-183.
209. Толошинова Д.Ю. Диагностика психических состояний в танцевальной психотерапии больных шизофренией // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психическим больным: материалы четвертого национального конгресса по социальной психиатрии: тезисы докладов. Москва.: МЗ и СР Российской Федерации. 2011. С. 340.
210. Точиллов В.А., Кушшнир О.Н. Особенности антипсихотического действия клозапина (азалептина) при лечении больных с острыми психозами // Современная терапия психических расстройств. 2012. №1 С. 16-21.
211. Усакова Е.Н. с соавт. Опыт проведения групповых тренингов когнитивно-социальных навыков с больными шизофренией в структуре стационара // Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции. Красноярск: Изд-во «Иван Федоров». 2016. С. 173-175.
212. Хайл-Эверс А., Ф. Хайгл, Ю. Отт. Базисное руководство по психотерапии // СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа». «Речь». 2001. 784с.

213. Ханько А.В. Тренинг когнитивных и социальных навыков в комплексном лечении больных с первым психотическим эпизодом // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 314.
214. Хасан А., П. Фалкай, Т. Воброк, Д. Либерман, Б. Глентой, В.Ф. Гаттаз, Х.Ю. Меллер, С.Н. Мосолов с соавт. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) // Современная терапия психических расстройств. 2014. №2. С. 3-36.
215. Холмогорова А.Б., О.В. Рычкова, М.А. Москачева, Д.М. Царенко Нарушения социального познания у больных с расстройствами шизофренического спектра как мишень социальной реабилитации // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 316.
216. Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония и депрессивная симптоматика у больных шизофренией: существует ли связь? // Журнал "Психическое здоровье". 2014. №12. С. 52-59.
217. Холопина И.В., Солоненко А.В. Влияние психообразовательной работы с семьями больных первым психотическим эпизодом на бремя семьи // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 88-89.
218. Хоритонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии // М.: Психотерапия. 2009. 176с.
219. Хритин Д.Ф., Н.Н. Иванец, М.А. Сумарокова Особенности лекарственного патоморфоза ремиссий при шизоаффективных расстройствах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №114(7). С. 23-29.
220. Хритинин Д.Ф., А.В. Есин, М.А. Сумарокова, Е.П. Щукина Влияние противорецидивной терапии на суицидальное поведение у больных с шизоаффективными расстройствами в ремиссии // Научно-практическая

конференция «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева»: сборник тезисов. - Санкт-Петербург. 2015. С. 219-220.

221. Хритинин Д.Ф., А.В. Есин, М.А. Сумарокова, Современный взгляд на терапию шизоаффективных расстройств // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 954-955.

222. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. Семья и психическая болезнь, психологические проблемы и пути их решения // Киев. 2009. 64с.

223. Цупрун В.Е., Сторожева М.С. Особенности суицидального поведения больных в первом психотическом эпизоде // Психиатрическая служба Казахстана и России: общие традиции, перспективы развития и международного сотрудничества: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием. – Актобе, ЗКГМУ им. Марата Оспанова. 2014. С. 114-116.

224. Чабан О.С., О.О. Хаустова, Я.М. Несторович Невідкладна допомога в психіатрії та наркології // К.: Медкнига, 2010. 132с.

225. Чемезов А.С., О.Е. Рамзова, Д.И. Юлтыева Исследование наличия и выраженности постшизофренической депрессии у больных с параноидной формой шизофрении в зависимости от проводимой терапии // Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии: материалы научно-практической конференции. Оренбург. 2015. С. 145-147.

226. Чернов П.Д. Проблема стигматизации пациентов, страдающих шизофренией в условиях современного информационного общества // Наука и практика Российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития: тезисы докладов. С.-Петербург: ООО Альта-Астра. 2016. С. 79-80.

227. Чуканова Е.К., Шмуклер А.Б. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в психоневрологическом диспансере // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2016. С. 326.

228. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ -10 в психиатрии и наркологии // М.: МегаПро. 2010. 132с.
229. Шафаренко А.А., Мосолов С.Н. Фармакотерапия острых маниакальных состояний: прямое сравнение эффективности переносимости оланзапина, кветиапина, зипрасидона и рисперидона // XVI Съезд психиатров России: сборник тезисов. СПб.: Альта Астра. 2015. С. 955-956.
230. Шафранський В.В., Дудник С.В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми, шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3 (39). С. 12-18.
231. Шемякина Т.К. Музыкотерапия в комплексном лечении расстройств шизофренического и аффективного спектров // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья. Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психическим больным: материалы четвертого национального конгресса по социальной психиатрии: тезисы докладов. Москва.: МЗ и СР Российской Федерации, 2011. С. 347.
232. Ширяев О.Ю. Расстройства невротического спектра у значимых родственников больных шизофренией // Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ. Москва, 2014. С. 160.
233. Шкала медикаментозного комплаенса. Новая медицинская технология Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, А.Я. Вукс, В.Д. Вид. // СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2006. 35с.
234. Шлафер А.М. Методика комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 19.00.04 / Шлафер Александр Михайлович. Санкт-Петербург. 2012. 49с.
235. Шмилович А.А., Гончеренко С.В. Оценка социального функционирования больных параноидной шизофренией с депрессивным типом ремиссии // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Международной научно-практической конференции

«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА.2015. С. 232-235.

236. Шмилович А.А. Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.06 / Шмилович Андрей Аркадьевич. Москва. 2013. 49с.

237. Шмуклер А.Б. Депрессивная симптоматика и ее лечение у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т.25(2). С. 101-105.

238. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра [Электронный ресурс // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. №15(5). Режим доступа: http://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psikhofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/215462/215458.

239. Штань М.С., М.С. Швец, А.О. Виноградова, М.С. Ёлгина Депрессивные расстройства у больных шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА. 2015. С. 235-236.

240. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии //СПб.: Речь. 2002. 352с.

241. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология // Днепрпетровск: Пороги. 2006. 472с.

242. Юрьева Л.Н., Юрьев Е.А. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология // Новости медицины и фармации. 2015. №540(тематический номер). С. 30-34.

243. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика // М.: Психотерапия. 2007. 576с.

244. Ястребов Д.В. Терапия современными антипсихотическими препаратами. Особенности применения оланзапина // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2012. №05. С. 11-14.

245. Abbasi S.H. et al .The effect of mirtazapine add on therapy to risperidone in the treatment of schizophrenia: A double-blind randomized placebo-controlled trial // Schizophrenia Research. 2010. Vol.116. P. 101-106.
246. Addington J. A., I. Epstein, L. Liu, P. French, K.M. Boydell, R.B. Zipursky randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis // Schizophr. Res. 2011. №125. P. 54–61.
247. Addington J. et al. Substance use in clinical high risk for psychosis: a review of the literature // Early Interv. Psychiatry 2014. Vol.8. P. 104-112.
248. Aleman A. Mental health: a road map for suicide research and prevention // Nature. 2014. Vol. 509. P. 421-423.
249. Anderson G., M. Maes, M. Berk Schizophrenia is primed for an increased expression of depression through activation of immuno-inflammatory, oxidative and nitrosative stress, and tryptophan catabolite pathways // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2013. Vol.42(5). P. 101-114.
250. Arana G.W. Фармакотерапия психических расстройств // М.: «Издательство БИНОМ». 2006. 416с.
251. Austad G., I.Joa, J.O.Johannessen , T.K.Larsen Gender differences in suicidal behaviour in patients with first-episode psychosis // Early Interv Psychiatry. 2015 Aug;9(4):300-7.
252. Barch D.M. Cognitive impairments in psychotic disorders: common mechanisms and measurement // World Psychiatry. 2014. Vol.13(3). P. 224-232.
253. Barkhof E., C.J. Meijer, L.M. de Sonnevile Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia - a review of the past decade // Eur. Psychiatry 2012. Vol.27. P. 9-18.
254. Bechdolf A., M. Wagner, S. Ruhrmann, S. Harrigan, V. Putzfeld, R. Pukrop et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states // Br. J. Psychiatry. 2012. №200. P. 22–29.
255. Beck, A.T. Depression: Causes and Treatment // Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2006. 183p.

256. Bobrov A.S. Schizophrenia with the mixed depression in the structure of stroke // *Int. Med. Sci. J. «MEDICUS»* 2015. Vol.2. P. 38-42.
257. Breitborde N. J. K., Breitborde, Vinod H. Srihari and W. Scott Review of the operational definition for first-episode psychosis// *Woods Early Interv Psychiatry*. 2009 Nov;3(4):259-65.
258. Buchanan R.W., J. Kreyenbuhl, D.L. Kelly et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol.36. P. 71-93.
259. Burns T. Community treatment orders for patients with psychosis: a randomized controlled trial // *Lancet*. 2013. Vol.381. P. 1627-1633.
260. Canal-Rivero M., J.D.Lopez-Moriñigo, M.L.Barrigón, S.Perona-Garcelán, C.Jimenez-Casado, A.S.David, J.E.Obiols-Llandrich, M.Ruiz-Veguilla The role of premorbid personality and social cognition in suicidal behaviour in first-episode psychosis: A one-year follow-up study // *Psychiatry Research*. October 2017. P. 13-20.
261. Carrion R.E., T.E. Goldberg, D. McLaughlin et al Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for. // *Am. J. Psychiatry*. 2011. Vol.168(8). P. 806–813.
262. Castelein S., E.J. Liemburg, J.S. de Lange et al Suicide in recent onset psychosis revisited: significant reduction of suicide rate over the last two decades - a replication study of a Dutch incidence cohort. // *PLoS One*. 2015. Vol. 10.
263. Chen E.Y., C.L. Hui, M.M. Lam, C.P. Chiu, C.W. Law et al.Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomized controlled trial // *BMJ*. 2010. Vol.341. P.4024.
264. Chung Chang W., E.S.M.Chen, C.L.M Hui et al. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2014. Vol. 157. P. 12-18.
265. Coentrab R., M.C. Talinacd, C. Góisa, M.L. Figueira, Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: A comprehensive systematic review // *Psychiatry Research*. July 2017. Pages 240-248.

266. Comparrelly A. et al. Basic symptoms and psychotic symptoms: their relationships in the at risk mental states, first episode and multi-episode schizophrenia // *Compr Psychiatry*. 2014 May;55(4). P. 785-91.
267. Correll C.U., J. Detraux, J. De Lepeleire, M. De Hert Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder // *World Psychiatry*. 2015. Vol.14(2). P. 118-136.
268. Crocq M.A., D. Naber, M.N. Lader, F. Thibaut, M. Drici et al. Suicide attempts in a prospective cohort of patients with schizophrenia treated with sertindole or risperidone // *Eur. Neuropsychopharmacol.* - 2010. - Vol.20. - P.829-838.
269. Crossley N.A., M. Constante, P. McGuire, P. Power Efficacy of atypical v. typical antipsychotics in the treatment of early psychosis: metanalysis // *Br. J. Psychiatry*. 2010. Vol.196. P. 434-439.
270. Del-Bem C.M. et al. Differential diagnosis of first-episode psychosis: importance of an optimal approach in psychiatric emergency // *Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo*. Oct. 2010.vol.32. supl.2.
271. Derks E.M., W.W. Fleischhacker, H. Boter et al. Antipsychotic drug treatment in first episode psychosis: should patients be switched to a different antipsychotic drug after 2, 4, or 6 weeks of non response? // *J. Clin. Psychopharmacology*. 2010. Vol.30. P. 176-180.
272. Dernovsek M.Z. Comorbid anxiety in patients with psychosis // *Psychiatr. Danub.* 2009. Vol.21(1). P. 43-50.
273. Dixon L.B. J. Lieberman Early psychosis intervention services: a work in progress // *Schizophr. Bull.* 2015. Vol.41. P. 23-24.
274. Echebarria R. Insight in first episode psychosis. Conceptual and clinical considerations // *Eur. J. Psychiat.* 2010. Vol.24. P. 1-7.
275. Ekinici O., G.K. Ugurlu, Y. Albayrak et al. The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol.2(53). P. 195-200.

276. Elanjithara T., T. Winton-Brown, P. McGuire Interruption of Anti-Psychotic Treatment of First Episode Psychosis Associated with a Five-Fold Increased Risk of Relapse // *The Journal of the European Psychiatrists Association: abstracts of the 21st EUROPEAN Congress of Psychiatry*. 2013. V.69. P. 1414.
277. Farahani A. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment // *J .Clin. Psychiatry*. 2012. Vol.73. P. 486-496.
278. Fett A.K. , A. Maat Social cognitive impairments and psychotic symptoms: what is the nature of their association? // *Schizophr. Bull*. 2013. Vol.39. P. 77-85.
279. Fleischhacker W.W., R. Sanchez, N. Jin et al. Personal and social performance in schizophrenia: double-blind, non-inferiority study of one monthly vs oral aripiprazole // *European Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 23(2). P. 474.
280. Fusar-Poli P. Diagnostic and Prognostic Significance of Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS) in Individuals at Ultra High Risk // *Schizophr Bull*. 2017 Jan; 43(1): 48–56.
281. Fusar-Poli P., B. Nelson, L. Valmaggia et al. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis // *Schizophr. Bull*. 2014. Vol.40(1). P. 120-131.
282. Fusar-Poli P., M. Kempton, R.A. Rosenheck Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials // *Int. Clin. Psychopharmacol*. 2013. №28. P. 57-66.
283. Fusar-Poli P., A.R. Yung, P. McGorry et al. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention // *Psychol. Med*. 2014. Vol.44. P. 17-24.
284. Gaebel W. Drug attitude as predictor for effectiveness in first-episode schizophrenia: Results of an open randomized trial (EUFEST) // *Eur. Neuropsychopharmacology*. 2010. Vol.20. P. 310-316.

285. Gaebel W. Maine tense treatment with risperidone or low-dose haloperidol in fist-episode schizophrenia. One-year result of a randomized controlled trial within German Research Network on Schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. 2007. Vol.68(11). P. 1763-1774.
286. Gerlinger G., M. Hauser, M. De Hert et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions // *World Psychiatry*. 2013. Vol.12. P. 155-164.
287. Gill K.E., J.M. Quintero, S.L. Poe et al. Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis // *Schizophr. Res.* 2015. Vol. 165. P. 152-156.
288. Goff D.C., M. Hill, O. Freudenreich Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol.71(2). P.20-26.
289. Guloksuz S. Evidence that the presence of psychosis in nonpsychotic disorder is environment-dependent and mediated by severity of non-psychotic psychopathology. // *Psychol. Med.* 2015. Vol.45. P. 2389-2401.
290. Gutierrez-Casares J.R. Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients // *CNS Spectrum*. 2010. Vol.15. №5. P. 327-337.
291. Hasan A., P. Falkai, T. Wobrock et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation // *World J. Biol. Psychiatry*. 2015. Vol.16. P. 142-170.
292. Haug E., I. Melle, O.A. Andreassen et al. The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol.5(53). P. 456-460.
293. Hinkelmann K., A. Yassouridis, M. Kellner et al. No effects of antidepressants on negative symptoms in schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2013. Vol.5(33). P. 686-690.

294. Huger C.G. Evidence for an agitated-aggressive syndrome predating the onset of psychosis // *Schizophr. Res.* 2014. Vol. 157. P. 26-32.
295. Istikoglou C., D. Foutsitzis, K. Vlachos et al. Quetiapine as a monotherapy for bipolar disorder – Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology, 2011. Vol.21, suppl.3. P.468.
296. Ivashinenko D.M., A.A. Ilyash, E.N. Bobkova Analysis of diseases of the schizophrenic range// *Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ.* Москва. 2014. С. 78-79.
297. Iyer S.N., L. Bokestyn, C.M. Cassidy, S. King, R. Jooper, A.K. Malla Signs and symptoms in the pre-psychotic phase: description and implications for diagnostic trajectories // *Psychol. Med.* 2008. Vol.38(8). P. 1147-1156.
298. Jahshan C., R.K. Heaton, S. Golshan, K.S. Cadenhead Course of neurocognitive deficits in the prodrome and first episode of schizophrenia // *Neuropsychology.* 2010. Vol.24(1). P. 109–120.
299. Jauhar S. Cognitive-behavioral therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias // *Br. J. Psychiatry.* 2014. Vol.204. P. 20-29.
300. Kahn R.S., W.W. Fleischhacker, H. Boter, M. Davidson, Y. Vergouwe et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial // *Lancet.* 2008. Vol.371. P. 1085-1097.
301. Kahn R.S., R.S. Keefe Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus // *JAMA Psychiatry.* 2013. Vol.70. P. 1107-1112.
302. Kane J.M., T. Kishimoto, C.U. Correll Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies // *World Psychiatry.* 2013. Vol.12(3). P. 216-226.
303. Kantrowitz J.T. Schizoaffective Disorder: A Review of Current Research Themes and Pharmacological Management. Review // *CNS Drugs.* 2011. Vol.25(4). P. 317-331.

304. Kasckow J., I. Fellows, Sh. Golshan Treatment of subsyndromal depressive symptoms in middle-age and older patients with schizophrenia: effects of age on response // *Am. J. Psychiatry*. 2010. Vol.18(9). P. 853–857.
305. Kasper S., G. Montagnani, G. Trespi, M. di Fiorino Treatment of depressive symptoms in patients with schizophrenia: a randomized, open-label, parallel-group, flexible-dose subgroup analysis of patients treated with extended-release quetiapinefumarate or risperidone // *Int. Clin. Psychopharmacol*. 2015. Vol.1(30). P. 14-22.
306. Kay S.R., A. Fiszbein, L.A. Opler. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // *Schizophr. Bull*. 1987. Vol.13. P. 261-276.
307. Kelleher I., P. Corcoran, H. Keeley Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study // *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol.70. P. 940-948.
308. Kilian R., T. Steinert, W. Schepp, P. Weiser, S. Jaeger et al. Effectiveness of antipsychotic maintenance therapy with quetiapine in comparison with risperidone and olanzapine in routine schizophrenia treatment: results of a prospective observational trial // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2012. Vol.262. P. 589-598.
309. Kim J.H., J. Lee, Y.B. Kim, A.Y. Han Association between subjective well-being and depressive symptoms in treatment-resistant schizophrenia before and after treatment with clozapine // *Compr. Psychiatry*. 2014. Vol.3(55). P. 708-713.
310. Kinon B.J., Chen, H. AscherSvanum et al. Early response to antipsychotic drug therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of schizophrenia // *Neuropsychopharmacology*. 2010. Vol.35. P. 581-590.
311. Kishimoto T., V. Agarwal, T. Kishi, S. Leucht, J.M. Kane, C.U. Correll Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and metaanalysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics // *Mol. Psychiatry*. 2011. Vol.18. P. 53-66.
312. Koola M.M., J.A. Fawcett, D.L. Kelly Case report on the management of depression in schizoaffective disorder, bipolar type focusing on lithium levels and

measurement-based care // *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2011. Vol.12(199). P. 989-990.

313. Lako I.M., K. Taxis, R. Bruggeman et al. The course of depressive symptoms and prescribing patterns of antidepressants in schizophrenia in a one-year follow-up study // *Eur. Psychiatry*. 2012. Vol.4(27). P. 240-244.

314. Lam R.W., H. Mok. *Depression* // NY: Oxford university press. 2012. 140p.

315. Larson M.K., E.F. Walker, M.T. Compton Early signs, diagnosis and therapeutic of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders // *Expert Rev. Neuroses*. 2010. Vol.10. P. 1347-1359.

316. Lu S-F., C-HK. Lo, H-C. Sung et al Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. // *Complement Ther. Med*. 2013. Vol.6(21). P. 682-688.

317. Lucksted A., S.M. Essock, J. Stevenson et al. Client views of engagement in the RAISE Connection Program for early psychosis recovery // *Psychiatr. Serv*. 2015. Vol.66. P. 699-704.

318. Marazziti D. Relationship of clomipramine levels and OCD symptoms in adult patients //Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology. 2011. Vol.21, suppl.3. P. 544.

319. Margetic B.A., M. Jakovljevic, D. Ivanec et al. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia // *Compr Psychiatry*. 2010. Vol.51. P.603-606.

320. Mayoral-van Son J., V.O. de la Foz, O. Martinez-Garcia, T. Moreno, M. Parrilla-Escobar, E.M. Valdizan, B. Crespo-Facorro Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis // *J Clin Psychiatry*. 2016 Apr;77(4):492-500

321. McCabe R. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia // *PloS One*. 2012. №7. P. 36080.

322. McGinty J., Sayeed Haque M., Upthegrove R., Depression in first episode psychosis and subsequent suicide risk: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *Schizophr Res*. 2017 Oct 2. pii: S0920-9964(17)30602-3.

323. McGlashan T., B. Walsh, S. Woods. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up - Oxford University Press. 2010. 249p.
324. McGorry. P., J.O. Johannesssen, S. Lewis, M. Birchwood, A. Malla, M. Nordentoft et al. Early intervention in psychosis keeping faith with evidence-based health care // Psychol. Med. 2010. Vol.40. P. 399-404.
325. Medalia A., A.M. Saperstein Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes // Curr. Opin. Psychiatry. 2013. Vol.26. P. 151–157.
326. Morrison A.P., D. Turkington, M. Pyle Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomized controlled trial // Lancet. 2014. Vol.383. P. 1395-1403.
327. Morrison P., P. French, S.L.K. Stewart, M. Birchwood, D. Fowler et al. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomized controlled trial // BMJ. 2012. Vol.344(05). P. 2233
328. Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013 [Электронный ресурс] / Код доступа:http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf.
329. Murri M.B., M. Respino, M. Innamorati et al. Good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis // Schizophr. Res. 2015. Vol.1-3(162). P. 234-247.
330. Nakajima S., I.H. Takeuch, G. Fervaha et al. Comparative efficacy between clozapine and other atypical antipsychotics on depressive symptoms in patients with schizophrenia: Analysis of the CATIE phase 2E data // Schizophr. Res. 2015. Vol.2-3(161). P. 429-433.
331. Olvares J. Psychiatrist's awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa // Patient Prefer Adherence. 2013. №7. P. 121-132.
332. Peters K. Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour, University of Leicester, Evolution of the Concept of First Episode Psychosis (FEP):Where it began and where it stands [Электронный ресурс] // Код доступа:

- <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/divisions/trent/enewsletters-trent/enewsletter-winter2016/fep.aspx>.
333. Pinkham A.E. Social cognition in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry*. 2014. Vol.75(2). P. 14-19.
334. Reininghaus U., R. Dutta, P. Dazzan et al. Mortality in schizophrenia and other psychoses: a 10-year follow-up of the AESOP first-episode cohort // *Schizophr. Bull*. 2015. Vol.41. P. 664-673.
335. Renwicka L., John Lyneb, Brian O.Donoghuebg, Liz Owensb, Roisin Doyleb, Michele Hill, Emma McCarthy, Mark Pillinga, Eadbhard O'Callaghana, Mary Clarkebd Prodomal symptoms and remission following first episode psychosis // *Schizophrenia Research*. October 2015. Pages 30-36.
336. Romm K.L., J.I. Rossberg, A.O. Berg, E.A. Barrett, A. Faerden et. al. Depression and depressive symptoms in first episode psychosis // *J. Nerv. Ment. Dis*. 2010. Vol.198(1). P. 67-71.
337. Rybakowski J.K., K. Vansteelandt, T. Szafranski et al. Treatment of depression in first episode of schizophrenia: Results from EUFEST // *Eur. Neuropsychopharmacol* 2012. Vol.12(22). P. 875-882.
338. Sanches-Gistau V., Baeza I., Arango C. et al. The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide // *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2015. Vol. 56. P. 747-755.
339. Schäfer M.R., C.M. Klier, K. Papageorgiou, M.H. Friedrich, G.P. Amminger Early detection of psychotic disorders // *Neuropsychiatr*. 2007. Vol.21(1). P. 37-44.
340. Schennach-Wolff R., M. Obermeier, F. Seemuller, M. Jäger, T. Messer Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale // *Acta Psychiatr. Scand*. 2011. Vol.123. P. 228-238.
341. Schrank B., V. Bird, A. Tylee Conceptualizing and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis // *Soc. Sci. Med*. 2013. Vol.92. P. 9-21.
342. Sevilla-Llewellyn-Jones J., P. Cano-Domínguez, A. de-Luis-Matilla, I.Peñuelas-Calvob, A. Espina-Eizaguirre, B. Moreno-Kustner, S. Ochoa Personality traits

and psychotic symptoms in recent onset of psychosis patients // *Comprehensive Psychiatry*. April 2017. P. 109-117.

343. Shlafer A.M., N.A. Sergeeva Compliance therapy as a method of treatment of a schizophrenia // *The interpersonal dynamics of identity: 16 th world congress of the world association for dynamic psychiatry and the XXIX International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis: book of abstracts*. Munich. 2011. P. 49-50.

344. Singh S.P. Early intervention in psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 2010. Vol.196. P. 343-345.

345. Singh S.P., V. Singh, N. Kar, K. Chan Efficiency of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry*. 2010. Vol.197. P. 174-179.

346. Sinyor M., A. Schaffer, G. Remington Suicide in schizophrenia: an observational study of coroner records in Toronto // *J Clin Psychiatry*. 2015. Vol.76. P. 98-103.

347. Stip E., V. Tourjman Aripiprazole in schizophrenia and schizoaffective disorder: a review // *Clin. Ther*. 2010. Vol.32(1). P. 3-20.

348. Straussa G.P., A.R. Sandt, L.T. Catalano Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol.8(53). P. 1137-1144.

349. Takeuchi H., T. Suzuki, H. Uchida, K. Watanabe, M. Mimura Antipsychotic treatment for schizophrenia in the maintenance phase: a systematic review of the guidelines and algorithms // *Schizophr. Res*. 2012. Vol.134. P. 219-225.

350. Tarrier N., J. Kelly, S. Maqsood The cognitive behavioral prevention of suicide in psychosis: a clinical trial // *Schizophr. Res*. 2014. Vol.156. P. 204-210.

351. Taylor P.J., P. Hutton, L. Wood Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med*. 2015. Vol. 45. P. 911-926.

352. Terevnikov V., J.H. Stenberg, J. Tiihonen, M. Joffe Add-on mirtazapine improves depressive symptoms in schizophrenia: a double-blind randomized placebo

controlled study with an open-label extension phase // *Hum. Psychopharmacol.* 2011. Vol.26(3). P. 188-193.

353. Togaya B., H. Noyanb, R.Tasdelena, A. Ucoka Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode // *Psychiatry Research.* 30 September 2015. P. 252-256.

354. Torniainen M., E. Mittendorfer-Rutz, A. Tanskanen et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2015. Vol.41. P. 656-663.

355. Tsygankov B.D. Comparative efficacy of some typical and atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia // *Biomarkers in psychiatry: identification and future directions: book of abstracts of the Russian conference with international participation.* Tomsk: Publishing House «Ivan Fedorov». 2016. P. 144-145.

356. Turkington D., M. Munetz, J. Pelton High-yield cognitive-behavioral techniques for psychosis delivered by case managers to their clients with persistent psychotic symptoms // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2014. Vol.202. P. 30-34.

357. Turner D.T., M. van der Gaag, E. Karyotaki Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies // *Am. J. Psychiatry.* 2014. Vol.171. P. 523-538.

358. Upthegrove R., Ross K., Brunet K. et al. Depression in first episode psychosis: the role of subordination and shame // *Psychiatry Res.* 2014. Vol. 217. P. 177-184.

359. Van der Gaag M., F. Smit, A. Bechdolf et al. Prevention a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups // *Schizophrenia Research.* 2013. Vol.149. P. 56-62.

360. Viala A., V. Boulicot, A. Merlot, D. Pinede, M.N. Vacheron. Treatment adherence in schizophrenia using risperidone long-acting inject able: as early as possible, as long as possible // *Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology,* 2011. Vol.21, suppl.3. P.516.

361. Waterreus A., V.A. Morgan, D. Castle Medication for psychosis - consumption and consequences: the second Australian national survey of psychosis // *Aust. NZJ Psychiatry.* 2012. Vol.46. P. 762-773.

362. Wu M.H., C.P. Lee, S.C. Hsu et al. Effectiveness of high-intensity interval training on the mental and physical health of people with chronic schizophrenia // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2015. Vol.11. P. 1255-1263.

363. Yoon B., W. Bahk, K. Min et al. Switching from olanzapine to ziprasidone in patients with bipolar disorder: a 24-weeks, multi-center open-label trial // Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology, 2011. Vol.21, suppl.3. P.428.

364. Zisook S., J.W. Kasckov, N.M. Lanouette et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // *J. Clin. Psychiatry.* 2010. Vol.712(7). P. 915-922.

ДОДАТОК А

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Мишиев В.Д., Шейко М.В., Блажевич Ю.А. Переносимость, безопасность и эффективность лечения гибкими дозами арипипразола Арип МТ у пациентов с шизофренией // Архив психиатрии. 2011. Т.17, № 4(67). С. 28–32. *Дисертантом проведено набір матеріалу для дослідження, аналіз та статистична обробка отриманих результатів.*
2. Блажевич Ю.А. Динамика клинической картины при первых приступах первичного психотического эпизода // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 4(22). С 59–64.
3. Мішиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Методологічні підходи щодо виявлення структурно-динамічних особливостей афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом та їх терапія // Український вісник психоневрології. 2015. Т.23, Вип. 3(84). С.89–92. *Дисертант обґрунтував та сформулював мету і завдання дослідження.*
4. Блажевич Ю.А. Структура депрессивных расстройств и их динамика у пациентов с первым психотическим эпизодом // Архив психиатрии. 2016. Т.22, № 1 (84). С.87–90.
5. Блажевич Ю.А. Катамнез рецидивів психозів за даними відділень першого психотичного епізоду // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика, Вип. 25, 2016 .С.403–409.
6. Блажевич Ю.А. Клініко-психопатологічні особливості перших психотичних розладів на доманіфестному, маніфестному етапах та етапі розгорнутих клінічних проявів // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика, Вип. 26. 2016. С. 510–515.
7. Мишиев В.Д., Блажевич Ю.А. Некоторые критерии клинического прогноза приступов первого психотического эпизода с преобладанием симптомов аффективного регистра // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.

2017. Том 8, №1. С. 57–63. *Дисертантом було запропоновано гіпотезу дослідження, проведено клініко-психопатологічне дослідження, систематизовані та інтерпретовані результати*

8. Мишиев В.Д., Блажевич Ю.А. Лечение биполярного аффективного расстройства в интерконтинентальном регионе: международное исследование пациентов с биполярным расстройством в реальных жизненных условиях (результаты украинских пациентов) // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. 8(2). С. 237-248. *Дисертант приймав участь у формулюванні мети дослідження, самостійно провів статистичну обробку отриманих результатів.*

9. Блажевич Ю.А. Первые психотические эпизоды: клиника, динамика, терапия. // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 4 (87). С.29–33.

Праці, які підтверджують апробацію матеріалів дисертації

10. Блажевич Ю.А. Ініціальний етап психозу (клініка, динаміка) на прикладі пацієнтів з першим психотичним епізодом // Архів психіатрії. 2016. Т.22, № 2 (85). С. 122–123.

11. Блажевич Ю.А. Частота рецидивов и динамика клинической представленности психозов после первого психотического эпизода по данным катamnестического исследования // Український вісник психоневрології. – 2017. Т.25, вип. 1 (90). С. 116.

12. Блажевич Ю. А. Нозологическая структура психозов по данным центра первого психотического эпизода // Тези доповідей, Міжнародний конгрес «Людина та ліки – Україна» (31-березня 1 квітня 2016 р., м. Київ). Київ. 2016. С. 5

ДОДАТОК Б

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПШЕ

1. № історії хвороби _____.
2. Ф. В. О. _____; Місце проживання _____.
3. Вік: 3.1 - до 20 років; 3.2 - 21-25 років; 3.3 - 26-30 років; 3.4 - більше 30 років.
4. Стать: 4.1 - М.; 4.2 – Ж.
5. Соціальний статус: 5.1 – робочий; 5.2 – студент; 5.3 – службовець; 5.4 – учень; 5.5 - приватний бізнесмен; 5.6 - не працює.
6. Сімейний стан: 6.1 - одружений (заміжня); 6.2 - неодружений (незаміжня); 6.3 - в розлученні; 6.4 – вдівець (вдова).
7. Проживає: 7.1 – самостійно; 7.2 - з дружиною (чоловіком); 7.3 - з батьками; 7.4 - з родичами.
8. Стосунки в сім'ї: 8.1 – гармонійні; 8.2 – задовільні; 8.3 – конфліктні.
9. Житлово-побутові умови: 9.1 - задовільні; 9.2 – незадовільні.
10. Матеріальне становище: 10.1 – достатнє; 10.2 – незадовільне;
11. Освіта: 11.1 – вища; 11.2 - незакінчена вища; 11.3 – середньо-спеціальна; 11.4 – середня;
12. Місце роботи: 12.1 - за фахом; 12.2 - не за фахом; 12.3 - не працює (тривалість: 12.31 - декілька місяців; 12.32 - 1-2 роки; 12.33 - більше 2х років).
13. Професійні шкідливості: 13.1 - розумове напруження; 13.2 - надмірні фізичні навантаження; 13.3 - нічні зміни; 13.4 - виробничі шкідливості.
14. Спадкова обтяженість: 14.1 – немає; 14.2 – шизофренія; 14.3 – алкоголізм; 14.4 – біполярний розлад; 14.5 – наркозалежність; 14.6 – неспихотическое психічний розлад;
15. Шкільна поведінка: 15.1 - не доставляє занепокоєння; 15.2 - доставляє занепокоєння, поведінка руйнівна; 15.3 - пасивно-відсторонена; 15.4 – з нервовими зривами.
16. Шкільна успішність: 16.1 - на «5»; 16.2 - на «4»; 16.3 - на «3»; 16.4 - на «2», дублював класи.
17. За характером: 17.1 – замкнутий; 17.2 – дружелюбний; 17.3 – тривожний, недовірливий; 17.4 – запальний.
18. Шкідливі звички: 18.1 – немає; 18.2 – куріння; 18.3 - зловживання алкоголем; 18.4 – вживання наркотиків.
19. Суїциди в анамнезі: 19.1 – немає; 19.2 – суїцидальні думки, висловлювання; 19.3 – суїцидальні спроби.
20. Тривалість продромального періоду: 20.1 - 1-3 місяці; 20.2 - 3-6 місяців; 20.3 - 6-12 місяців; 20.4 - більше року; 20.5 - більше 3-х років.
21. Вік початку продрома: 21.1 - до 15 років; 21.2 - 15-20 років; 21.3 - 21-25 років; 21.4 - 26-30 років; 21.5 - більше 31 року.
22. Вік маніфестації хвороби (поява психотичних симптомів): 22.1 - до 15 років; 22.2 - 15-20 років; 22.3 - 21-25 років; 22.4 - 26-30 років; 22.5 - більше 31 року.
23. Тривалість психотичної префази: 23.1 - до 2х тижнів; 23.2 - 2-4 тижні; 23.3 - 1-6 міс.; 23.4 - 7-12 міс.; 23.5 - 1-2 роки; 23.6 - 2-5 років; 23.7 - більше 5 років.
24. Фактори, що передують госпіталізації: 24.1 - стресові ситуації; 24.2 – перевтома; 24.3 – немає; 24.4 - соматичне захворювання; 24.5 – алкоголь.
25. Тип клініко-динамічного перебігу продрома: 25.1 – безперервний; 25.2 – епізодичний; 25.3 – змішаний.
26. Звернення за допомогою: 26.1 – немає; 26.2 - до психіатрів; 26.3 - до лікарів-інтерністів; 26.4 - до екстрасенсів, знахарів; 26.5 - до психологів.

27. Отримання антипсихотиків до госпіталізації: 27.1 - так, адекватне; 27.2 – немає; 27.3 – так, неадекватне.
28. Звернення: 28.1 – самостійне; 28.2 - за наполяганням інших осіб.
29. Ознаки агресивної та ажитованої поведінки: 29.1 – немає; 29.2 - агресивні тенденції; 29.3 – суїцидальна поведінка; 29.4 - імпульсивність.
30. Лікування: 30.11 – монотерапія типовим антипсихотиком; 30.12 – монотерапія атипичним антипсихотиком; 30.2 – терапія двома антипсихотиками; 30.3 – електросудомна терапія; 30.4 - терапія антипсихотиком і антидепресантом (препаратом літію, коректором настрою).
31. Включення в програму інтегрованого (медикаментозного та реабілітаційного) лікування: 31.1 – так; 31.2 - ні.
32. Наявність нейролепсії: 32.1 – так; 32.2 – ні.
33. Рання відповідь на лікування (% зниження симптоматики за PANSS до кінця 2-го тижня): 33.1 - 10%; 33.2 - 20%; 33.3 - 30%; 33.4 - 40%; 33.5 - більше 40%.
34. Тип ППЕ: 34.1 – афективний; 34.4 – неафективний.
35. Тривалість госпіталізації: 35.1 - 1-3 тижнів; 35.2 - 3-4 тижнів; 35.3 - 1-2 міс.; 35.4 - понад 2-х міс.
36. Клінічний діагноз (МКХ-10): 36.1 - шизофренія параноїдна, період спостереження менше року (F20.09); 36.2 - шизофренія кататонічна, період спостереження менше року (F20.29); 36.3 - гострий поліморфний психотичний розлад (F23); 36.4 - гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1); 36.5 – гострий шизофреноподібний психотичний розлад (F23.2); 36.6 – шизоафективний розлад (F25).
37. Результат лікування на момент виписки: 37.1 - повне усунення психопатологічної симптоматики; 37.2 - збереження залишкової продуктивної симптоматики; 37.3 - збереження залишкової негативної симптоматики; 37.4 - збереження неспецифічної симптоматики; 37.5 - наявність афективної симптоматики.
38. Характеристика *pathos* (особистісного зсуву) після лікування: 38.1 - немає помітних змін; 38.2 – зміни *pathos* зі знаком «+»; 38.3 - зміни *pathos* зі знаком «-».
39. Варіант клінічної ремісії: 39.1 – інтермісія; 39.2 – параноїдна; 39.3 – тимопатична; 39.4 – апатична; 39.5 – астенична; 39.6 – гіперстенічна; 39.7 – псевдоневротична; 39.8 – псевдопсихопатоподібна; 39.8 - критерії ремісії не досягнуто.
40. Професійна діяльність на протязі 0,5 років після виписки: 40.1 - робота (навчання) без зниження кваліфікації; 40.2 - робота зі зниженням кваліфікації; 40.3 – академічна відпустка; 40.4 - звільнення з роботи, пошук нової роботи; 40.5 - звільнення з роботи без пошуку нової роботи; 40.6 – інвалідизація.
41. Сімейний стан протягом 0,5 років після виписки: 41.1 - сім'я збереглася; 41.2 - сім'я розпалася; 41.3 - погіршилися відносини в родині; 41.4 - покращилися стосунки в родині.
42. Рецидиви: 42.1 - немає рецидивів на протязі 2х років після виписки; 42.2 - 1 рецидив протягом 0,5 років; 42.3 - 1 рецидив протягом 1г.; 42.4 - 1 рецидив протягом 2-х років.; 42.5 - 2 рецидиву протягом 2-х л.
43. Тип перебігу хвороби вперше за 2 роки після виписки: 43.1 – безперервний; 43.2 - приступообразно-проградієнтний (43.21 епізодичний з наростаючим дефектом, 43.22 - епізодичний зі стабільним дефектом); 43.3 - рекурентний (43.31 - епізодичний ремітуючий, 43.32 - епізодичний зі стабільним дефектом).

ДОДАТОК В ШКАЛИ ПСИХОМЕТРИЧНЫХ МЕТОДОВ

Шкала оценки продуктивной и негативной симптоматики PANSS. Блок Р шкалы PANSS

№	Шкала	Критерии шкалы
P1.	Бредовые идеи	Наличие бредовых идей и их влияние на социальные взаимоотношения, и поведение пациента
P2.	Расстройства мышления	Дезорганизация мышления, разорванность целенаправленного потока мыслей, обстоятельность, соскальзывание, аморфность ассоциаций, непоследовательность, паралогичность, закупорка мыслей и т.п.
P3.	Галлюцинаторное поведение	Слуховые, зрительные, обонятельные или соматические расстройства восприятия
P4.	Возбуждение	Повышенная моторная активность и реакции на раздражители, повышенная настороженность или изменчивость настроения и т.п.
P5.	Идеи величия	Повышенная самооценка, необоснованная убежденность в своем превосходстве, идеи о выдающихся способностях, богатстве, знаниях, славе, власти и т.п.
P6.	Подозрительность, боязнь преследования	Необоснованные мысли о преследовании, чувство настороженности, недоверие, подозрительная сверхбдительность, бредовые идеи о враждебном отношении окружающих и т.п.
P7.	Враждебность	Вербальное и невербальное выражение гнева, возмущения, сарказм, пассивно-агрессивное поведение, вербальная и физическая агрессия и т.п.

Блок N шкалы PANSS

№	Шкала	Критерии шкалы
N1	Притуплённый аффект	Уменьшение экспрессивности мимики, неспособность к проявлению чувств и коммуникативной жестикуляции и т.п.
N2	Эмоциональная отчужденность	Отсутствие интереса к происходящим событиям, снижение вовлеченности и чувства сопричастности к ним и т.п.
N3	Скудная коммуникабельность	Отсутствие сопереживания, откровенности в разговоре, слабое чувство близости, интереса, вовлеченности в интервью, стремление сохранить дистанцию, бедность вербального и невербального общения и т.п.
N4	Пассивно-апатичная социальная отстраненность	Снижение интереса и инициативы в общении, пассивность, апатия, утрата энергии
N5	Нарушение абстрактного мышления	Затруднение классифицирования, обобщения, неспособность уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач и т.п.
N6	Нарушение спонтанности и плавности речи	Затруднения в спонтанности и плавности речи, вследствие апатии, волевых расстройств, чувства незащитности, нарушений мышления
N7	Стереотипное мышление	Нарушение плавности, спонтанности и гибкости мышления, ригидность, повторяемость, бессодержательность мышления

Блок G шкалы PANSS

№	Шкала	Критерии шкалы
1	2	3
G1	Ипохондрическая мнительность	Мнимые жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии несуществующего соматического заболевания или расстройства
G2	Тревожное состояние	Нервозность, беспокойство, опасение или волнение, варьирующее от чрезмерной обеспокоенности, до ощущения паники
G3	Чувство вины	Раскаяние или самообвинение по поводу произошедших реальных или воображаемых проступков и т.п.
G4	Напряженность	Скованность, тремор, усиленное потоотделение, неугомонность и т.п.
G5	Манерность и позирование	Неестественные движения, позы, которые придают манере поведения больного неуклюжий, диспластичный, разобщенный или эксцентричный характер
G6	Депрессия	Печаль, уныние, беспомощность и пессимизм и т.п.
G7	Моторная заторможенность	Снижение двигательной активности, замедление или сокращение движений и темпа речи, вялая реакция на раздражители, снижение общего тонуса и т.п.
G8	Отказ от сотрудничества	Активный отказ от исполнения желаний и просьб близких людей, включая персонал больницы, вследствие подозрительности, защитных реакций, упрямства, негативного отношения, неприятия авторитетов, враждебности или агрессивности
G9	Неестественное содержание мышления	Странные фантастические или эксцентричные мысли, варьирующие по содержанию от нетипичных или оторванных от жизни, до искаженных, нелогичных или явно абсурдных
G10	Дезориентация	Недостаточная ориентация в окружающей среде, месте и времени, вследствие растерянности или отрешенности от действительности
G11	Нарушение внимания	Недостаток сконцентрированности, отвлекаемость на внешние и внутренние раздражители, затруднения в контролировании, поддержании или переходе на новые раздражители
G12	Недостаточность суждений и критики	Недостаточность суждений и критики
G13	Расстройство воли	Нарушение инициативы, способности добиваться цели и контролировать свои мысли, поведение, движения и речь
G14	Плохое управление импульсивностью	Расстройство регуляции и контроля внутренних побуждений, внезапная, немодулированная, произвольная и нецеленаправленная разрядка напряжения и эмоций, без учета последствий
G15	Уход в аутистические переживания	Поглощенность во внутренние мысли, чувства, аутистические фантазии, что приводит к нарушению адаптационного поведения и ориентировки в окружающей ситуации
G16	Активная социальная устраненность	Уменьшение социальной активности на почве необоснованного страха, враждебности или недоверия

Калгарийская шкала депрессии при шизофрении.

1. Депрессия

Как бы Вы описали свое настроение за последние 2 недели: Были ли Вы достаточно бодры или находились в тяжелой депрессии или в плохом расположении духа в последнее время? За последние 2 недели, как часто Вы были (словами пациента) каждый день? Весь день?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Выражает некоторую грусть и упадок духа.
3. **Средняя степень** - Отчетливо депрессивное настроение до половины времени за последние 2 недели; присутствует ежедневно.
4. **Тяжелая степень** - Выраженное депрессивное настроение, присутствует ежедневно в течение более, чем половины времени, мешает нормальной физической и социальной активности.

2. Безнадежность

Каким Вы видите свое будущее? Вы можете представить себе какое-либо будущее, или жизнь представляется Вам весьма безнадежной? Вы сдались или все же Вам кажется, что есть основание пытаться что-то сделать?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - За последнюю неделю безнадежность ощущалась время от времени, но все же есть некоторая надежда на будущее.
3. **Средняя степень** - Постоянное ощущение безнадежности средней степени выраженности в течение последней недели. Пациента можно убедить в том, что возможно дела пойдут лучше.
4. **Тяжелая степень** - Постоянное и причиняющее страдание ощущение безнадежности.

3. Самоуничижение

Как вы оцениваете себя по сравнению с другими людьми? Вы считаете себя лучше или хуже, или таким(ой) же, как большинство других? Вы чувствуете себя неполноценным или даже никчемным человеком?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Пациент чувствует себя несколько неполноценным(ой), но не до такой степени, чтобы чувствовать себя никчемным(ой).
3. **Средняя степень** - Пациент чувствует себя никчемным, но менее 50% времени.
4. **Тяжелая степень** - Пациент чувствует себя никчемным более 50% времени. Его/ее можно переубедить.

4. Идеи обвинения

Есть ли у Вас чувство, что Вас упрекают за что-либо или даже, что Вы жертва ложного обвинения? В чем? (Не имеются в виду обоснованные упреки или обвинения, равно как и бредовые идеи виновности)

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Пациент чувствует, что его/ее упрекают, но не обвиняют, менее, чем 50% времени.
3. **Средняя степень** - Постоянно чувствует, что его/ее упрекают и/или изредка чувствует, что его/ее обвиняют.
4. **Тяжелая степень** - Постоянно чувствует, что его/ее обвиняют. Если пациента убеждать, он/она признает, что это не так.

5. Патологическое чувство вины

Имеется ли у вас склонность упрекать себя за мелкие проступки, возможно совершенные в прошлом? Считаете ли Вы, что это достойный повод для беспокойства?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Пациент испытывает избыточное чувство вины по поводу некоего мелкого проступка, но менее 50% времени.
3. **Средняя степень** - Пациент обычно (более 50% времени) испытывает чувство вины по поводу своих прошлых действий, значимость которых он/она преувеличивает.

4. **Тяжелая степень** - Пациент обычно упрекает себя за все, что было не так, даже если это не его/ее вина.

6. Утренняя депрессия

Когда Вы чувствовали депрессию за последние 2 недели, заметили ли Вы, что депрессия была хуже в какое-то определенное время дня?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Депрессия присутствует, но не изменяется в течение дня.
3. **Средняя степень** - Без наводящих вопросов интервьюера пациент отмечает, что депрессия хуже с утра.
4. **Тяжелая степень** - Депрессия существенно хуже с утра, сопровождается нарушением функционирования, состояние улучшается во второй половине дня.

7. Раннее пробуждение

Просыпаетесь ли Вы утром раньше, чем это нормально для Вас? Сколько раз в неделю это происходит?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Иногда (до двух раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.
3. **Средняя степень** - Часто (до пяти раз в неделю) просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения или звонка будильника.
4. **Тяжелая степень** - Ежедневно просыпается за 1 час или более до нормального времени пробуждения.

8. Суицид

Бывало ли у Вас чувство, что не стоит жить? Хотелось ли Вам когда-нибудь покончить с собой? Каким образом Вы хотели это сделать? Пытались ли Вы когда-нибудь это сделать?

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Часто думал(а), что было бы лучше умереть, или изредка помышлял(а) о суициде.
3. **Средняя степень** - Серьезно думал(а) о суициде и имел(а) план, но попыток не было.
4. **Тяжелая степень** - Суицидальная попытка была организована так, что должна была привести к смерти, но была случайно раскрыта, или использовались неэффективные средства.

9. Наблюдаемая депрессия

Основана на наблюдениях интервьюера в ходе всего опроса. Вопрос "Хочется ли Вам плакать?", заданный в соответствующих пунктах опроса, может дать информацию, полезную для этого наблюдения.

1. **Отсутствует**
2. **Легкая степень** - Пациент кажется грустным и мрачным даже при эмоционально нейтральном обсуждении вопросов интервьюера.
3. **Средняя степень** - Пациент кажется грустным и мрачным в ходе всего опроса, говорит унылым монотонным голосом и временами плачет или готов расплакаться.
4. **Тяжелая степень** - пациент замолкает при обсуждении огорчающих его вопросов, часто тяжело вздыхает и плачет в открытую или находится в состоянии скорбного оцепенения.

Шкала продромальных симптомов SOPS

Шкала позитивных симптомов SOPS и их интерпретация

Симптом	Интерпретация
Необычное содержание мышления / бредовые идеи	а) растерянность и бредовое настроение. Происходит что-то странное. Замешательство. Путаница в том, что реально, а что воображаемо. Знакомое кажется странным, зловещим, угрожающим, имеющим особый смысл. Чувство, что сам и окружающее изменилось. Временами изменение перцепции. Дежа-вю; б) неперсекуторные идеи отношения (включая неустойчивые идеи отношения);

	<p>с) нарушения рецептивной, экспрессивной речи. Мысленный напор, вставленные, изъятые, звучащие мысли, телепатия;</p> <p>d) сверхценные убеждения. Озабоченность необычными идеями (религия, медитация, философия, тема экзистенции). Магическое мышление, которое влияет на поведение и несовместимо с субкультуральными нормами (суеверие, ясновидение, необычные религиозные верования и т.п.);</p> <p>е) бредовые идеи виновности, ревности, отрицания, изменения своего тела, религиозные, воздействия извне, посылов с радио или телевидения. Бредовые идеи высказываются, но они не стойкие и не систематизированные.</p>
Подозрительность / персекуторные идеи	<p>a) чрезмерная озабоченность по поводу мотивации других людей, недоверие;</p> <p>b) подозрительность или параноидное мышление;</p> <p>с) показывает скрытое или даже открыто недоверчивое отношение, что отражает бредовые убеждения, заметно при интервью и в поведении.</p>
Величие	<p>a) преувеличенное самомнение и нереалистичное чувство превосходства;</p> <p>b) некоторая экспансивность или хвастовство;</p> <p>с) периодические четкие идеи величия, которые влияют на поведение.</p>
Нарушения перцепции / галлюцинации	<p>a) необычные перцептивные переживания. Усиленное или притупленное восприятие, яркие чувственные образы, искажения, иллюзии;</p> <p>b) псевдогаллюцинации или галлюцинации, внутри которых субъект имеет осознание (т.е. критически осознает их аномальную природу);</p> <p>с) иногда развернутые галлюцинации, которые могут незначительно влиять на мышление и поведение.</p>
Концептуальная дезорганизация	<p>a) необычный процесс мышления и речи. Расплывчатый, метафорический, громоздкий, стереотипный;</p> <p>b) нецеленаправленное, непоследовательное мышление, ускорение или замедление мыслей. Иногда, неправильное название предметов. Разговор о вещах, не имеющих никакого отношения к контексту или потеря нити беседы;</p> <p>с) мышление отвлеченное, обстоятельное, паралогичное. Сложности в последовательности мышления и достижении конечной цели беседы;</p> <p>d) разрыхление ассоциаций может присутствовать в речи, делая ее непонятной.</p>

Шкала негативных симптомов SOPS и их интерпретация

Симптом	Интерпретация
1	2
Социальная изоляция или уединение	<p>a) отсутствие близких друзей или приближенных людей, кроме родственников первой степени родства;</p> <p>b) чрезмерная социальная тревога не уменьшается при знакомстве и больше ассоциирована с параноидными страхами, а не с отрицательными суждениями о себе;</p> <p>с) чувствует неловкость в присутствии других и предпочитает одиночество, хотя принимает участие в социальной деятельности, когда требуется. Не инициирует контакты;</p> <p>d) пассивно занимается социальной деятельностью, без интереса или механически. Стремится отойти на задний план.</p>
Снижение энергии, воли	<p>a) нарушение инициативы, настойчивости и целенаправленной деятельности;</p> <p>b) потеря азарта (драйва), энергии, продуктивности;</p> <p>с) чувство потери интереса, все делается через силу и требует больше времени.</p>
Снижение выраженности эмоций	<p>a) уплощение, сужение, снижение эмоционального отклика, что характеризуется снижением фактической выраженности, модуляции чувств (монотонный разговор) и жестикуляции (унылый вид);</p> <p>b) недостаточность спонтанности и плавности течения беседы. Малая инициатива в беседе. Ответы пациента короткие, односложные, требующие направления и уточнения со стороны интервьюера;</p> <p>с) малосодержательная беседа. Нехватка межличностной эмпатии, открытости в беседе, чувства близости, интереса и вовлеченности в беседу. Это свидетельствует о межличностном дистанцировании и снижении коммуникации.</p>

Снижение переживания эмоций и самого себя	<p>a) эмоциональный опыт и чувства лишены распознавания, истинности, соответствия;</p> <p>b) наличие чувства дистанции в разговоре с другими, отсутствие длительного чувственного контакта с другими;</p> <p>c) эмоциональное «исчезновение», трудность почувствовать счастье и грусть;</p> <p>d) чувство, что нет эмоций: ангедония, апатия, потеря интереса, скука;</p> <p>e) ощущение глубоких изменений, нереальности или странности;</p> <p>f) чувство деперсонализации, дистанцирования от себя;</p> <p>g) потеря чувства самого себя.</p>
Обеднение содержания мышления	<p>a) трудности абстрактного мышления. Нарушение абстрактно-символического способа мышления, что проявляется в трудности классификации, формировании обобщений и продолжается в конкретном или эгоцентрическом мышлении при решении проблемных задач. Часто используется конкретный способ;</p> <p>b) использование простых слов и простых предложений. Нехватка сложных речевых оборотов;</p> <p>c) стереотипное мышление. Нехватка плавности, спонтанности и гибкости мышления, что проявляется в ригидности, повторяемости, бесплодности содержания мышления. Некоторая жесткость в отношениях или убеждениях. Может отказаться от рассмотрения альтернативной позиции или имеет трудности переключения с одной мысли на другую;</p> <p>d) в качестве слушателя не в состоянии осмыслить знакомые фразы или понять суть разговора, или следовать намеченному курсу.</p>
Ухудшение ролевого функционирования	<p>a) трудности выполнения ролевых функций (наемный рабочий, студент, домохозяйка), которые ранее не вызывали проблем;</p> <p>b) наличие трудностей продуктивного взаимоотношения с коллегами.</p>

Шкала симптомов дезорганизации SOPS и их интерпретация

Симптом	Интерпретация
1	2
Необычное поведение и внешний вид	<p>a) поведение, которое является странным, эксцентричным, своеобразным (сбор мусора, разговор на людях с самим собой, накопление пищи). Озабоченность очевидными внутренними раздражителями;</p> <p>b) несоответствующий / неадекватный аффект;</p> <p>c) манерность и позерство. Ненатуральные движения и позы характеризуются неловкостью, неестественностью, дезорганизованностью, странным внешним видом.</p>
Вычурное мышление	<p>a) мышление характеризуется странными, фантастическими или вычурными идеями, которые искажены, алогичны или явно абсурдны.</p>
Проблема с фокусировкой и вниманием	<p>a) отказ от целенаправленной активности, что проявляется слабой концентрацией, отвлекаемостью от внутренних и внешних раздражителей;</p> <p>b) трудности в поддержании или перемещении фокуса внимания на новые стимулы;</p> <p>c) легко вызвать рассеянность внимания;</p> <p>d) проблемы, связанные с сохранением разговора в памяти.</p>
Нарушение личной гигиены / социальная невнимательность	<p>a) нарушение личной гигиены и ухода за собой. Пренебрежение к себе;</p> <p>b) социальная невовлеченность. Смотрит в сторону, кажется «посторонним» или отрешенным. «Вне себя». Резко прекращает беседу без видимой причины.</p>

Шкала общих симптомов SOPS и их интерпретация

Симптом	Интерпретация
Расстройства сна	<p>a) наличие проблем с засыпанием;</p> <p>b) ранние пробуждения и невозможность снова заснуть;</p> <p>c) усталость днем и сонливость в течение дня;</p> <p>d) путает день с ночью.</p>

Дисфорическое настроение	а) снижен интерес к деятельности, ранее приносившей удовольствие; б) проблемы со сном; в) снижение аппетита; г) чувство потери энергии; д) трудности концентрации внимания; е) суицидальные мысли; г) чувство никчемности / бесполезности и / или вины, и /или один и более из следующего: - тревога, паника, генерализованные страхи или фобии; - раздражительность, враждебность, ярость; - неугомонность, суетливость, агитация; - неустойчивое настроение.
Нарушения моторики	а) сообщает или наблюдает за собой неуклюжесть, нехватку координации, трудности выполнения деятельности, которая раньше выполнялась без проблем; б) появление новых, несвойственных ранее движений, таких как стереотипные движения, движения, характеризующие «нервные привычки», принятие определенных поз или копирование других людей; в) блокада моторики; г) потеря автоматических навыков; д) компульсивные двигательные ритуалы.
Снижение толерантности к обычному стрессу	а) избегает или изнурен стрессогенной ситуацией, которая ранее бы легко переносилась; б) отмечаются симптомы тревоги в ответ на каждодневный стресс; в) быстро аффектируется в тех ситуациях, которые ранее легко преодолевал. Более тяжело приспосабливается.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии HDRS

Каждый из ниже представленных признаков (симптомов депрессивного расстройства) шкалы HDRS оценивается от 0 до 4-х баллов (от отсутствия симптома до максимально тяжелой степени его выраженности):

1. Уровень депрессивного настроения;
2. Выраженность чувства вины;
3. Суицидальные намерения;
- 4-6. Выраженность ранней, средней и поздней бессонницы;
7. Работоспособность и активность;
8. Уровень заторможенности;
9. Характер агитации;
- 10-11. Уровень психической и соматической тревоги;
12. Желудочно-кишечные соматические симптомы;
13. Общие соматические симптомы;
14. Генитальные симптомы;
15. Выраженность ипохондрических эквивалентов депрессии;
16. Потеря массы тела;
17. Критичность к болезни;
18. Суточные колебания настроения;
19. Выраженность деперсонализации и дереализации;
- 20-21. Выраженность параноидных и обсессивно – компульсивных симптомов.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги HARS

Пункты (симптомы)	Признаки
Тревожное настроение	Ожидание худшего, тревожные опасения и т.д.
Напряжение	Ощущение напряжения, вздрагивание, плаксивость, дрожь, беспокойство, неспособность расслабиться и т.д.
Страхи	Страхи

Инсомния	Затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сны
Когнитивные нарушения	Затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти
Депрессивное настроение	Депрессивное настроение
Соматические мышечные симптомы	Боли, подергивания, напряжение, судороги, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус
Соматические сенсорные симптомы	Звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания и т.д.
Сердечно-сосудистые симптомы	Тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах и т.д.
Респираторные симптомы	Давление и сжатие в груди, удушье, частые вздохи и т.д.
Гастроинтестинальные симптомы	Затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела и т.д.
Мочеполовые симптомы	Учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция
Вегетативные симптомы	Вегетативные симптомы
Поведение при беседе	Ерзанье на стуле, беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны, бледность лица, расширение зрачков, экзофтальм, оживленные сухожильные рефлексы и т.д.

Шкала суицидального риска Лос-анджелесского суицидологического центра

Оценка: 12 3 4 5 6 7 8 9

Риск: низкий средний высокий

А. Возраст и пол (1-9):

Мужчины

1. Свыше 50 лет 7-9
2. 35-45 лет 5-7
3. 15-34 года 3-5
4. Женщины (независимо от возраста) 1-3

Б. Симптомы (1-9):

5. Глубокая депрессия (расстройства сна, анорексия, потеря веса, уход в себя, подавленное настроение, апатия) 7-9
6. Ощущение безнадежности, беспомощности и истощения 7-9
7. Дезорганизация, замешательство, хаос, полная беспорядочность, иллюзии, галлюцинации, потеря связи с окружающими, дезориентация 6-8
8. Алкоголизм, прием наркотиков, гомосексуальные отношения, участие в рискованных предприятиях 4-8
9. Переживания, напряженное состояние и тревога 4-6
10. Вина, стыд, смущение 4-6
11. Чувства ярости, враждебности, раздражительности, мстительности, подозрительности 4-6
12. Слабый импульсивный контроль, недостаточная рассудительность 4-6
13. Ослабляющие хронические заболевания 5-7

14. Повторные переживания несчастий, связанные с обращениями к врачам и психотерапевтам 4-6
 15. Психосоматические болезни или ипохондричность, кроме жалоб на незначительные болезни 1-4

В. Стресс (1-9):

16. Потеря любимого человека в связи со смертью, разводом или разлукой 5-9
 17. Потеря работы, денег, престижа 4-8
 18. Опасная для жизни болезнь (хирургическая операция, несчастный случай, потеря конечности) 3-7
 19. Угроза судебного преследования, затруднительное положение в связи с совершенным преступлением, подвергание опасности и т.п. 4-6
 20. Изменение(я) в жизни, в окружении 4-6
 21. Острое и внезапное начало специфических симптомов стресса 1-9
 22. Повторяющиеся время от времени подобные симптомы в связи со стрессом 4-9
 23. Недавнее увеличение устойчивости симптомов в связи со стрессом 4-7

Г. Суицидальное поведение в прошлом и текущие планы (1-9):

24. Определяемая опасность для жизни предыдущих суицидных попыток 1-9
 25. Повторные угрозы и депрессии в прошлом 3-6
 26. Особенности, связанные с намерениями, и смертельная опасность предполагаемых методов 1-9
 27. Достаточность применения предполагаемых способов и особенности, связанные с выбором времени 1-9

Д. Возможности, коммуникативные аспекты и ответы значимых других (1-9):

28. Отсутствие источников финансовой поддержки (с работы, от семьи) 4-9
 29. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (доступных, но не расположенных помогать) 4-9
 30. Нарушение связей, сопровождающееся отказами от попыток их восстановления как со стороны пациента, так и со стороны других 5-7
 31. Связи имеют внутренне направленную цель (декларация чувства вины, стыда, никчемности, самоупреки и т.п.) 4-7
 32. Коммуникативные связи имеют межличностную направленность (обвинение других, поступки по принуждению других и т.п.) 2-4

Реакция значимых других:

33. Защита, паранойяльность, отказ, позиция, связанная с наказанием 5-7
 34. Отрицание потребности в помощи — своей собственной или других 5-7

Шкала глобального функционирования GAF

Шкала GAF состоит из 10 пунктов, каждому пункту присваивается диапазон баллов и дается описание особенностей социально-бытового функционирования:

1 пункт. Симптомы отсутствуют, превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры (100-91 балл).

2 пункт. Симптомы отсутствуют или минимальны (например, умеренная тревожность перед экзаменами), сохраняется хорошее функционирование, социальная эффективность и удовлетворенность жизнью; повседневные заботы лишь в редких случаях выходят из-под

контроля (например, периодически возникающие ссоры в семье) (90-81 балл).

3 пункт. Если симптомы присутствуют, то они кратковременны и являются ожидаемой реакцией на психосоциальный стресс (например, трудности с концентрацией внимания после семейной ссоры); не более чем слабое ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (например, временная задержка в развитии) (80-71 балл).

4 пункт. Некоторые слабовыраженные симптомы (например, депрессивное настроение и умеренная бессонница) или некоторые затруднения в социальной и профессиональной сфере (например, периодические прогулы в школе, институте, на работе, кражи из дома). Как правило, функционирование достаточно хорошее; индивид имеет осмысленные межличностные взаимоотношения (70-61 балл).

5 пункт. Умеренные симптомы (например, уплощенный аффект и патологическая обстановка, внезапные панические атаки) или умеренное затруднение в социальной и профессиональной сфере (например, друзей немного, конфликты с ровесниками и коллегами по работе) (60-51 балл).

6 пункт. Серьезные симптомы (например, суицидальные идеи, ярко выраженные обсессивные ритуалы, частые кражи из магазинов) или серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (например, полное отсутствие друзей, неспособность сохранения рабочего места) (50-41 балл).

7 пункт. Выраженное ухудшение в различных сферах, таких как работа, семейные отношения, рассудочность, мышление или настроение (например, депрессивная женщина избегает друзей; пренебрежение семьей; неспособность выполнять работу), или некоторое ослабление в оценке реальности или общении (например, речь временами невразумительна, нелогична или не относится к делу), или единичная серьезная суицидальная попытка (40-31 балл).

8 пункт. Поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями, или значительное затруднение в общении, критики (например, временами бессвязен, совершает грубо неадекватные поступки, суицидальная настроенность), или неспособность функционировать в большинстве сфер (например, индивид целыми днями лежит в постели, безработный, бездомный) (30-21 балл).

9 пункт. Нуждается в наблюдении для предотвращения нанесения вреда себе или окружающим (суицидальные попытки, исход которых неопределен, агрессивность, маниакальное возбуждение) или для поддержания минимальной личной гигиены (испачкан фекалиями) (20-11 балл).

10 пункт. Нуждается в постоянном наблюдении в течение нескольких дней для предотвращения нанесения вреда себе или другим, или не способен поддерживать личную гигиену, или в анамнезе серьезная суицидальная попытка с вероятным смертельным исходом (10-1 б)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)

№ выбо ра	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
Самочувствие		
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	—
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	—
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Настроение		
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А

8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	—
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	—
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Сон и пробуждение ото сна

1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	—
2	Утро для меня – самое тяжелое время суток	—
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	—
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	—
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	—
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	—
9	Я не могу спокойно спать если утром надо встать в определенный час	—
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	—
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую потное безразличие ко всему	—
14	Я могу свободно регулировать свой сон	—
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Аппетит и отношение к еде

1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	—
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	3
6	Мне легко можно испортить аппетит	—
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И

8	Еда меня интересует прежде всего как средство под держать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к болезни		
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к лечению		
1	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	—
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	—
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	—
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению во всех них постепенно разочаровываюсь	—

6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	—
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	—
13	Мне надоело бесконечное лечение хочу только чтобы меня оставили в покое	—
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР

Отношение к врачам и медперсоналу

1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всею по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	—
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают меня не приязнь	—
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	—
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Отношение к родным и близким

1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	—
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	—
4	Меня одолевают мысли, что из за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	—
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	—
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я

8	Из за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	—
11	Я считаю, что заболел из за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Отношение к работе (учебе)

1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно без различной	—
4	Из за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	—
5	Все время беспокоюсь, что из за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	0
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) по меньше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	—
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	—
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Отношение к окружающим

1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	—
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	—
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	—
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	

5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	ЗЗ
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	—
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из за моей болезни	
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	—
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	—
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	—
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к одиночеству		
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	—
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	-
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	-
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	—
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
Отношение к будущему		
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА

2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ
3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	—
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей	—
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

Методика диагностики социально-психологической адаптации

К. Роджерса и Р. Даймонда

1. Испытывает неловкость, когда вступает с кем-нибудь в разговор.
2. Нет желания раскрываться перед другими.
3. Во всем любит состязание, соревнование, борьбу.
4. Предъявляет к себе высокие требования.
5. Часто ругает себя за сделанное.
6. Часто чувствует себя униженным.
7. Сомневается, что может нравиться кому-нибудь из лиц противоположного пола.
8. Свои обещания выполняет всегда
9. Теплые, добрые отношения с окружающими.
10. Человек сдержанный, замкнутый; держится ото всех чуть в стороне.
11. В своих неудачах винит себя.
12. Человек ответственный; на него можно положиться.
13. Чувствует, что не в силах хоть что-нибудь изменить, все усилия напрасны.
14. На многое смотрит глазами сверстников.
15. Принимает в целом те правила и требования, которым надлежит следовать.
16. Собственных убеждений и правил не хватает.
17. Любит мечтать — иногда прямо среди бела дня. С трудом возвращается от мечты к действительности.
18. Всегда готов к защите и даже нападению: «застревает» на переживаниях обид, мысленно перебирая способы мщения.
19. Умеет управлять собой и собственными поступками, заставлять себя, разрешать себе; самоконтроль для него - не проблема.
20. Часто портится настроение: накатывает уныние, хандра.
21. Все, что касается других, не волнует: сосредоточен на себе; занят собой.
22. Люди, как правило, ему нравятся.
23. Не стесняется своих чувств, открыто их выражает.
24. Среди большого стечения народа бывает немножко одиноко.

25. Сейчас очень не по себе. Хочется все бросить, куда-нибудь спрятаться.
26. С окружающими обычно ладит.
27. Всего труднее бороться с самим собой.
28. Настораживает незаслуженное доброжелательное отношение окружающих.
29. В душе — оптимист, верит в лучшее.
30. Человек неподатливый, упрямый; таких называют трудными.
31. К людям критичен и судит их, если считает, что они этого заслуживают.
32. Обычно чувствует себя не ведущим, а ведомым: ему не всегда удается мыслить и действовать самостоятельно.
33. Большинство из тех, кто его знает, хорошо к нему относится, любит его.
34. Иногда бывают такие мысли, которыми не хотелось бы ни с кем делиться.
35. Человек с привлекательной внешностью.
36. Чувствует себя беспомощным, нуждается в ком-то, кто был бы рядом.
37. Приняв решение, следует ему.
38. Принимает, казалось бы, самостоятельные решения, не может освободиться от влияния других людей.
39. Испытывает чувство вины, даже когда винить себя как будто не в чем.
40. Чувствует неприязнь к тому, что его окружает.
41. Всем доволен.
42. Выбит из колеи: не может собраться, взять себя в руки, организовать себя.
43. Чувствует вялость; все, что раньше волновало, стало вдруг безразличным.
44. Уравновешен, спокоен.
45. Разозлившись, нередко выходит из себя.
46. Часто чувствует себя обиженным.
47. Человек порывистый, нетерпеливый, горячий: не хватает сдержанности.
48. Бывает, что сплетничает.
49. Не очень доверяет своим чувствам: они иногда подводят его.
50. Довольно трудно быть самим собой.
51. На первом месте рассудок, а не чувство: прежде чем что-либо сделать, подумает.
52. Происходящее с ним толкует на свой лад, способен напридумывать лишнего... Словом — не от мира сего.
53. Человек терпимый к людям и принимает каждого таким, каков он есть.
54. Старается не думать о своих проблемах.
55. Считает себя интересным человеком — привлекательным как личность, заметным.
56. Человек стеснительный, легко тушуетя.
57. Обязательно нужно напоминать, подталкивать, чтобы довел дело до конца.
58. В душе чувствует превосходство над другими.
59. Нет ничего, в чем бы выразил себя, проявил свою индивидуальность, свое Я.
60. Боится того, что подумают о нем другие.
61. Честолюбив, неравнодушен к успеху, похвале: в том, что для него существенно, старается быть среди лучших.
62. Человек, у которого в настоящий момент многое достойно презрения.
63. Человек деятельный, энергичный, полон инициатив.
64. Пасует перед трудностями и ситуациями, которые грозят осложнениями.
65. Себя просто недостаточно ценит.
66. По натуре вожак и умеет влиять на других.
67. Относится к себе в целом хорошо.
68. Человек настойчивый, напористый; ему всегда важно настоять на своем.
69. Не любит, когда с кем-нибудь портятся отношения, особенно — если разногласия грозят стать явными..
70. Подолгу не может принять решение, а потом сомневается в его правильности.
71. Пребывает в растерянности, все спуталось, все смешалось у него.

72. Доволен собой.
73. Невезучий.
74. Человек приятный, располагающий к себе.
75. Лицом, может, и не очень пригож, но может нравиться как человек, как личность.
76. Презирает лиц противоположного пола и не связывается с ними.
77. Когда нужно что-то сделать, охватывает страх: а вдруг — не справлюсь, а вдруг - не получится.
78. Легко, спокойно на душе, нет ничего, что сильно бы тревожило.
79. Умеет упорно работать.
80. Чувствует, что растет, взрослеет: меняется сам и отношение к окружающему миру.
81. Случается, что говорит о том, в чем совсем не разбирается.
82. Всегда говорит только правду.
83. Встревожен, обеспокоен, напряжен.
84. Чтобы заставить хоть что-то сделать, нужно как следует настоять, и тогда он уступит.
85. Чувствует неуверенность в себе.
86. Обстоятельства часто вынуждают защищать себя, оправдываться и обосновывать свои поступки.
87. Человек уступчивый, податливый, мягкий в отношениях с другими.
88. Человек толковый, любит размышлять.
89. Иной раз любит прихвастнуть.
90. Принимает решения и тут же их меняет; презирает себя за безволие, а сделать с собой ничего не может.
91. Старается полагаться на свои силы, не рассчитывает на чью-то помощь.
92. Никогда не опаздывает.
93. Испытывает ощущение скованности, внутренней несвободы.
94. Выделяется среди других.
95. Не очень надежный товарищ, не во всем можно положиться.
96. В себе все ясно, себя хорошо понимает.
97. Общительный, открытый человек; легко сходится с людьми.
98. Силы и способности вполне соответствуют тем задачам, которые приходится решать; со всем может справиться.
99. Себя не ценит: никто его всерьез не воспринимает; в лучшем случае к нему снисходительны, просто терпят.
100. Беспокоится, что лица противоположного пола слишком занимают мысли.
101. Все свои привычки считает хорошими.

Характерологический опросник К. Леонгарда - Г. Шмишека

1. У Вас чаще -веселое и беззаботное настроение?
2. Вы чувствительны к оскорблениям?
3. Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.?
4. Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно?
5. В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники?
6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?
7. Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек?
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?
11. Предприимчивы ли Вы?

12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?
13. Мягкосердечны ли Вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?
15. Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?
16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?
18. Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?
19. Любят ли Вас Ваши знакомые?
20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У Вас часто несколько подавленное настроение?
22. Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?
23. Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли Вы резать курицу или овцу?
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?
27. Вы в детстве боялись оставаться один в доме?
28. Часто ли у Вас бывают колебания настроения?
29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?
30. Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?
31. Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?
32. Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?
33. Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле?
34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно?
35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?
36. Вы любите работу с высокой личной ответственностью?
37. Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?
38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?
39. Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?
40. Общительны ли Вы?
41. В школе Вы охотно декламировали стихи?
42. Убегали ли Вы в детстве из дома?
43. Кажется ли Вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?
46. Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?
47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?
49. Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?
52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?

53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?
54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?
56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?
58. Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?
59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?
60. Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?
62. Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов?
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у Вас головные боли?
65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?
70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы?
72. Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?
73. В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?
74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?
75. Часто ли Вас тянет путешествовать?
76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?
77. Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?
78. Долго ли Вы переживаете обиду?
79. Долго ли Вы переживаете горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?
81. Относите ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?
82. Часто ли Вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?
84. В веселой компании Вы обычно веселы?
85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?
87. В беседе Вы скудны на слова?
88. Если бы Вам необходимо играть на сцене. Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?

ДОДАТОК Д

Додаток А
(Акти впровадження)

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Головний лікар

Миколаївської обласної
психіатричної лікарні №2


Петух А.А.

«30» 09 2017 р.

Акт впровадження

- 1. Назва пропозиції:** сучасні діагностичні критерії та рання психофармакотерапія афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ).
- 2. Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажевич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)».
- 4. Установа, в якій здійснено впровадження:** Миколаївська обласна психіатрична лікарня №2.
- 5. Термін впровадження:** січень- вересень 2017 р.
- 6. Ефективність впровадження:** підвищення якості діагностики та ефективності лікування пацієнтів з АР при ППЕ.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.

ЗАТВЕРДЖУЮ”
Головний лікар КУ «ООМЦПЗ»
Волощук А.Є.
2017 р.



Акт впровадження

1. **Назва пропозиції:** сучасні діагностичні критерії та рання психофармакотерапія афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ).
2. **Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажевич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)».
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** ТМО «Психіатрія» у місті Києві.
5. **Термін впровадження:** січень- вересень 2017 р.
6. **Ефективність впровадження:** підвищення якості діагностики та ефективності лікування пацієнтів з АР при ППЕ.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

проректор з наукової роботи
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця
д. мед. н. професор


Т.М. Черенько
« 19 » _____ 2017 р.

Акт впровадження

1. **Назва пропозиції:** структурно-динамічні особливості афективних розладів (АР) пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ), патопсихологічні та клініко-соціальні особливості, суїцидальний ризик пацієнтів з АР при ППЕ, а також методи їх ранньої діагностики та лікування.
2. **Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажевич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)»
4. **Де і коли було впроваджено:** В педагогічний процес кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця впроваджено питання ранньої діагностики та стандарти лікування хворих на перший психотичний епізод в ході підготовки студентів, лікарів-інтернів, магістрів та аспірантів в 2015-2017 р.р.
5. **Установа, в якій здійснено впровадження:** кафедра психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
6. **Термін впровадження:** січень - вересень 2017 р.
7. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки фахівців щодо питань ранньої діагностики АР при ППЕ для подальших своєчасних ефективних комплексних лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження
завідувач кафедри психіатрії та наркології
НМУ імені О.О. Богомольця
д.мед.н, професор



О.К.Напреєнко

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ТМО «Психіатрія»

у місті Києві



Мішиєв В.Д.

2017 р.

Акт впровадження

- 1. Назва пропозиції:** сучасні діагностичні критерії та рання психофармакотерапія афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ).
- 2. Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажевич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)».
- 4. Установа, в якій здійснено впровадження:** ТМО «Психіатрія» у місті Києві.
- 5. Термін впровадження:** січень- вересень 2017 р.
- 6. Ефективність впровадження:** підвищення якості діагностики та ефективності лікування пацієнтів з АР при ППЕ.
- 7. Зауваження, пропозиції:** немає.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор

КЗОЗ ХОКПЛ №3 у місті Харкові

В. В. Коваленко

2017 р.



Акт впровадження

- Назва пропозиції:** сучасні діагностичні критерії та впровадження психофармакотерапія афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ).
- Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажевич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
- Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)».
- Установа, в якій здійснено впровадження:** КЗОЗ Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 у Харкові.
- Термін впровадження:** січень- вересень 2017 р.
- Ефективність впровадження:** підвищення якості діагностики та ефективності лікування пацієнтів з АР при ППЕ.
- Зауваження, пропозиції:** немає.

Заступник ген. директора з медичної частини

КЗОЗ ХОКПЛ №3



О. А. Кашинський

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

№1
Головний лікар КУ «Обласна
клінічна психіатрична лікарня» ЗОР
Запорізької обласної ради

Паталах Ф.В.

« 14 » _____ 2017 р.

Акт впровадження

1. **Назва пропозиції:** сучасні діагностичні критерії та рання психофармакотерапія афективних розладів (АР) у пацієнтів з першим психотичним епізодом (ППЕ).
2. **Ким запропоновано, адреса закладу:** Блажєвич Ю.А. (2017); Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (вул. Кирилівська, 103-А; м. Київ-80, Україна, 04080).
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за темою «Афективні розлади у пацієнтів з першим психотичним епізодом (структурно-динамічні особливості, терапія)».
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** Комунальна установа «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради
5. **Термін впровадження:** січень- вересень 2017 р.
6. **Ефективність впровадження:** підвищення якості діагностики та ефективності лікування пацієнтів з АР при ППЕ.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.