

## **ВІДГУК**

**офіційного опонента на дисертаційну роботу**

**Зубатюк Оксани Вікторівни**

**«Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою»,**

**подану до офіційного захисту**

**на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук**

**за спеціальністю 14.01.16 – «психіатрія»**

Практичний інтерес до проблеми соціального функціонування (СФ) при психотичних розладах (ПР) є значним. ПР належать до важких психічних захворювань, що призводять до порушення СФ і соціальної дезадаптації пацієнтів, та, як наслідок, до вагомих економічних втрат в усьому світі. Найбільшу частку серед них складають ендогенні захворювання, до яких традиційно відносять шизофренію, шизоафективний розлад та афективні психози.

Порушення СФ спостерігається при всіх ПР і суттєво впливає на перебіг та прогноз захворювання. Редукція психотичної симптоматики допомагає короткочасному функціональному відновленню, але цього недостатньо. Після першого психотичного епізоду лише близько 20% пацієнтів з шизофренією досягають повного одужання, а саме довготривалого стабільного поліпшення, як симптомів, так і функціонування. Порушення повсякденного функціонування, що спостерігаються при психотичних розладах, є значним соціальним, особистим та економічним тягарем. Економічні втрати внаслідок цього при шизофренії оцінюються у мільярди доларів на рік, що свідчить про актуальність проблеми. Менш ніж 15% людей з психотичними розладами демонструють стабільний рівень СФ через 5 років після першого епізоду хвороби.

З'являється все більше доказів, що порушення соціальних когніцій (СК) можуть існувати на континуумі зростаючого ступеня тяжкості від афективних розладів до шизоафективного та шизофренії та мають важливе значення у розвитку соціального дефіциту при цих розладах.

Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією і адекватних психосоціальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії та потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практиці.

Таким чином, незважаючи на достатню кількість робіт, що присвячено вивченню СФ при ПР, подальшого вирішення потребує питання впливу СК на рівень та динаміку СФ, а також зв'язані з цим задачі поліпшення профілактики соціальної дезадаптації пацієнтів з ДПС при ПР і розробки та впровадження ефективних заходів медико-соціальної реабілітації цих пацієнтів.

Таким чином, дисертаційна робота Зубатюк О.В. «Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою» присвячена актуальній темі сучасної психіатрії.

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

Дисертаційна робота була виконана в рамках НДР кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України за темою: «Оптимізація діагностики соціальної дезадаптації у хворих з хронічними психічними захворюваннями» (№ державної реєстрації 0119U100093, термін виконання 2019-2022 роки).

Дисертаційна робота оформлена за традиційним академічним принципом та має усі необхідні структурні елементи кандидатської дисертації: вступ, аналітичний огляд літератури, характеристику дизайну, контингенту та обґрунтування застосованих методів і методичного інструментарію дослідження, викладення результатів власних клінічних і психодіагностичних досліджень, що містяться у 3 розділах, аналізу та узагальнення результатів роботи, висновків, практичних рекомендацій та

списку літератури.

**Ступінь досягнення мети та повнота викладення основних положень дисертації в наукових публікаціях.** Вивчення та поглиблений аналіз рецензованої роботи дозволяє дійти до висновку, що поставлена мета в ході виконання роботи була повністю досягнута дисертанткою. Результати роботи повністю висвітлені у 8 друкованих працях, з них 3 статті у рекомендованих фахових наукових виданнях України, в тому числі 1 – у виданні, що входить до міжнародної наукометричної бази Scopus, 4 – в тезах та збірниках наукових конференцій, в тому числі міжнародних конгресів.

**Загальна характеристика роботи.** Вступ дисертаційної роботи містить обґрунтування актуальності, а також чітке формулювання мети, завдань, об'єкта й предмета дослідження.

Перший розділ традиційно висвітлює результати аналізу літературних джерел, опрацьованих дисертанткою при підготовці бази емпіричного дослідження. В даному розділі піднімаються питання сучасних підходів до діагностики депресивно-параноїдного синдрому, порушень соціального функціонування при психотичних розладах та ролі соціальних когніцій у соціальній дезадаптації даних пацієнтів, проаналізовано сучасні стратегії надання допомоги пацієнтам з депресивно-параноїдною симптоматикою при психотичних розладах.

В другому розділі дисертації міститься характеристика обстежених пацієнтів та методів дослідження. Для реалізації мети та завдань дослідження авторкою було обстежено 124 пацієнти з депресивно-параноїдною симптоматикою. Хворі були розділені на три групи за нозологіями, згідно МКХ-10: 1 група – 41 пацієнт з діагнозом шизофренія, параноїдна форма (ПШФ) (F 20.0), 2 група – 43 пацієнта, у яких діагностовано депресивний тип ШпР (F 25.1) та 3 група – 40 пацієнтів, що страждають на РДРПП, поточний важкий депресивний епізод (F 33.3). Відповідно, групи отримали назви: ГрF20, ГрF25 та ГрF33.

З урахуванням завдань та мети дослідження в роботі використовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний та статистичний методи.

Для вивчення особливостей психопатологічної симптоматики та СК, а також рівня СФ в кожній з досліджуваних груп (ГрF20, ГрF25 та ГрF33) було застосовано: шкали оцінки продуктивної та негативної симптоматики PANSS, її п'ятифакторний варіант (5F PANSS), тесту Дж. Мейера, П. Селовея та Д. Карузо «Емоційний інтелект» (MSCEIT v. 2.0) у адаптованому варіанті О.О. Сергієнко, І.І. Ветрової (2010) і шкали особистісного та соціального функціонування (PSP, Morosini et al, 2000). Пацієнти досліджувались на базі КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» м. Києва під час стаціонарного лікування на етапі становлення ремісії. Проаналізовано і визначено фактори, що впливають на рівень СФ у хворих з різними видами ПР (ГрF20, ГрF25 та ГрF33).

В подальшому через рік було проведене катамнестичне дослідження рівня СФ у хворих ГрF20, ГрF25 та ГрF33 за допомогою шкали PSP, яке дозволило встановити фактори, що впливають на рівень СФ у динаміці.

Основним завданням останнього етапу дослідження була розробка алгоритму диференційованих терапевтичних, реабілітаційних і профілактичних заходів в умовах амбулаторного лікування щодо підтримки якісного рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на етапі амбулаторного лікування.

В розділі 3 дисертації авторка описує клініко-психопатологічні особливості ДПС в трьох досліджуваних групах.

Встановлено особливості структури ДПС в кожній з досліджуваних груп. Виділено чотири характерні компоненти симптоматики, що об'єднали найбільш виражені симптоми: параноїдний (маячні ідеї, розлади мислення та підозрілість), негативний (сплощення афекту, емоційна відгородженість та порушення абстрактного мислення), депресивний (тривога, почуття провини, напруга та депресія) та психотичний (зниження критики та завантаженість психічними переживаннями) та встановлено різницю між групами за їх вираженістю. Визначено, що у ГрF20 вираженим є параноїдний та негативний компоненти, у ГрF25 – параноїдний та депресивний та в ГрF33 - депресивний. Психотичний компонент симптоматики було виявлено у всіх трьох групах.

В четвертому розділі наведено результати дослідження особливостей СК у пацієнтів з ПфШ, ШаР та РДРПП. Показник секції А, що вимірює ідентифікацію емоцій обличчя людини, в ГрF20 був достовірно нижчим у порівнянні з ГрF25 ( $p^{1-2} < 0,05$ ) та не було виявлено різниці у порівнянні з ГрF33. При порівнянні показників секції Е у трьох групах не було виявлено достовірної різниці показників ( $p^{1-2} > 0,05$ ,  $p^{1-3} > 0,05$ ,  $p^{2-3} > 0,05$ ), але показник даної секції у ГрF20 був найвищим для цієї групи серед усіх інших показників шкали MSCEIT. Тобто в ГрF20 встановлено «розщеплення» здібностей до розпізнавання емоцій з більш високим рівнем розуміння «абстрактних» («несоціальних») емоцій, що спостерігаються в неживих об'єктах, у порівнянні з емоціями людей. При порівнянні показників секції D, яка вимірює здатність до управління власними емоціями, у трьох групах не виявлено достовірної різниці показників, найвищим цей показник був у ГрF20 та спостерігалось зниження цього показника у бік «афективного полюсу» - найнижчим він був у ГрF33. Показник секції H, що оцінює здатність до свідомого управління емоціями у відносинах з іншими людьми, був достовірно нижчим у ГрF20 та ГрF33 у порівнянні з ГрF25 ( $p^{1-2} < 0,05$ ,  $p^{2-3} < 0,05$ ).

В п'ятому розділі було описано результати оцінювання рівня СФ, як на етапі становлення ремісії, так і у динаміці. Було встановлено, що в ГрF20 рівень СФ був достовірно нижчим за ГрF25 та ГрF33, як на етапі становлення ремісії ( $p^{1-2} < 0,001$ ,  $p^{1-3} < 0,001$ ), так і у динаміці ( $p^{1-2} < 0,001$ ,  $p^{1-3} < 0,001$ ). Різниця рівня СФ у ГрF25 та ГрF33 не була достовірною. Також було досліджено зв'язок рівня СФ та клініко-психопатологічних особливостей ДПС. В ГрF20 виявлено позитивний кореляційний зв'язок з депресивним фактором шкали PANSS обох показників шкали PSP та негативний кореляційний зв'язок з негативним фактором шкали PANSS показника PSP-2. В ГрF25 виявлено негативний кореляційний зв'язок з негативним фактором та загальним балом шкали PANSS показника PSP-1. В ГрF33 виявлено негативний кореляційний зв'язок з фактором дезорганізації шкали PANSS обох показників шкали PSP.

Крім доменів психопатологічної симптоматики дослідження дозволило визначити окремі психопатологічні симптоми, що кореляційно пов'язані з рівнем СФ в

кожній з груп пацієнтів. Це дозволило виділити прогностичні фактори ризику соціальної дезадаптації на етапі становлення ремісії та у динаміці. Такими факторами на етапі становлення ремісії встановлено: в ГрF20 – сплющення афекту, соціальна відгороженість, порушення уваги, в ГрF25 – сплющення афекту, емоційна відгороженість, труднощі у спілкуванні, в ГрF33 – розлади мислення, почуття провини. Для прогнозу рівня СФ в динаміці такими факторами визначено: в ГрF20 – сплющення афекту, труднощі у спілкуванні та порушення уваги; в ГрF25 – сплющення афекту, емоційна відгороженість, труднощі у спілкуванні, манірність та негативістичність; в ГрF33 – розлади мислення.

Ці дані дозволили авторці виділити позитивні та негативні прогностичні фактори рівня СФ та розробити диференційовану схему прогностичної оцінки рівня СФ у пацієнтів з ДПС при ПР. Також було встановлено групи ризику соціальної дезадаптації серед пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП. Дисертанткою розроблено терапевтичні, реабілітаційні і профілактичні заходи щодо підтримки якісно достатнього рівня СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП в умовах амбулаторного лікування.

У даному розділі також представлено розроблений авторкою модифікований варіант тренінгу СК (SCIT) для пацієнтів з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

Даний розділ є ключовим у роботі, містить визначення терапевтичних та психореабілітаційних стратегій профілактики соціальної дезадаптації пацієнтів з ДПС.

### **Наукова новизна й практична значущість отриманих результатів.**

Уперше на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДПС та рівня СК при різних видах ПР (при ПШф, ШаР та РДРПП) та їх впливу на рівень і характер порушень СФ у таких пацієнтів було розроблено і науково обгрунтовано диференційовану схему прогностичної оцінки рівня СФ на етапі становлення ремісії у хворих з ПШф, ШаР та РДРПП задля оптимізації терапевтичних та реабілітаційно-профілактичних підходів у комплексній системі психосоціальної реадaptaції даної категорії хворих. Вперше, завдяки отриманим даним, були виділені позитивні та не-

гативні прогностичні фактори рівня та динаміки СФ у хворих з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП на етапі становлення ремісії та подальшому амбулаторному лікуванні. Для пацієнтів з ПШф такими позитивними факторами визначено вираженість депресивної симптоматики та високий рівень СК, негативними – порушення уваги, сплюснення афекту, соціальну відгородженість та труднощі у спілкуванні. При ШаР встановлено такі позитивні прогностичні фактори, як вираженість тривоги та високий рівень СК, та негативні – загальна важкість симптоматики та симптоми сплюснення афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та манірності і негативістичності. Для пацієнтів з РДРПП позитивними факторами було визначено симптоми збудження, ворожості та іпохондричності та високий рівень СК, а негативними – симптоматика дезорганізації та розладів мислення та симптом почуття провини. Таким чином, важливим науковим результатом дослідження став доказовий висновок про те, що високий рівень СК є важливим позитивним прогностичним фактором щодо збереження і відновлення порушень СФ у хворих з різними видами ПР.

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

**Практична значущість результатів дисертаційного дослідження** полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів пацієнтам з ДПС при ПШф, ШаР та РДРПП.

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

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

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

Результати дисертаційної роботи достатньою мірою впроваджено в *практичну роботу* психіатричних закладів охорони здоров'я: КНП «Київська міська психоневрологічна лікарня №3», КНП «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ» Виконавчого органу Київської міської ради (КМДА), КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради» та у *навчальний процес* вищих медичних навчальних закладів III та IV рівнів акредитації: на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології

Івано-Франківського національного медичного університету, кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету.

**Аналіз та узагальнення результатів** дисертаційного дослідження написано лаконічно, є логічним завершенням усієї роботи, в якому авторка підбиває підсумок проведеного дослідження, характеризує основні підсумки роботи.

**Висновки** (у кількості 5) логічно випливають із результатів дисертаційної роботи, цілком відповідають поставленим задачам і відбивають погляд автора на досліджувану ним наукову проблематику. Обґрунтованість висновків та їх достовірність обумовлена достатнім за обсягом клінічним матеріалом, адекватно підібраними методами дослідження, що підтверджено адекватною статистичною обробкою отриманих даних.

**Практичні рекомендації** є цілком доцільними та дозволяють використовувати основні здобутки дисертації у клінічній практиці для більш ефективної психореабілітації пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при параноїдній формі шизофренії, шизоафективному розладі та рекурентному депресивному розладі з психотичними проявами.

**Список використаної літератури** упорядкований згідно вимог ДАК України. Список використаних літературних джерел містить 207 наукових праць і переважно включає видання останніх років і дозволяє об'єктивно охарактеризувати стан розробки даної проблеми у світі. В списку літератури переважають джерела за останні 5 років.

**Ступінь обґрунтованості та достовірності положень, висновків і рекомендацій, сформованих у дисертації.** Дисертаційна робота Зубатюк О.В. є закінченою самостійною науковою працею. Дослідження виконане на високому науково-методичному рівні. Клінічні матеріали дисертації є статистично репрезентативними. Мета та завдання дослідження сформульовані лаконічно та цілеспрямовано, отримані результати повністю їм відповідають.

Наукові положення, висновки, і практичні рекомендації, які сформульовані автором у дисертації, є обґрунтованими та достовірними. Робота виконана на сучас-

ному науково-методичному рівні та базується на достатній кількості обстежених хворих, поєднанні клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних, катамнестичних та статистичних методів. Дисертант послідовно і логічно викладає отримані результати. Ілюстративний матеріал свідчить і підтверджує достовірність і значущість проведених досліджень. Використані методики математичного опрацювання даних дисертаційного дослідження дозволили отримати достовірні результати та низку нових наукових фактів задля обґрунтування положень висновків та практичних рекомендацій.

На основі вище зазначеного є підстави вважати, що всі наукові положення, висновки та практичні рекомендації, отримані автором, слід вважати обґрунтованими та вірогідними.

Дисертаційна робота викладена українською літературною та грамотною професійною мовою.

**У авторефераті** викладено зміст дисертації, він повністю відображає основні положення дисертації, відповідає головним положенням дисертації, написаний українською мовою та оформлений відповідно до сучасних вимог.

Дисертаційне дослідження О.В. Зубатюк оцінюється цілком позитивно та не має принципових зауважень. До технічних зауважень можна віднести переобтяженість довгими складними для сприйняття реченнями та цифровими викладками, деяку перевантаженість висновків роботи та наявність окремих орфографічних та стилістичних помилок. Проте вищенаведені зауваження не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи та не зменшують її науково-практичної цінності.

В межах наукової дискусії хотілося б почути відповіді дисертанта на декілька запитань:

1. Конкретизуйте якими особливостями відрізняються СК у хворих з ДПС при РДРПП (ГрF33), чим з Вашої точки зору це пояснюється?

2. Чим відрізняється модифікований тренінг СК (SCIT) для пацієнтів з ДПС при ШаР та РДРПП?

3. Пояснить, будь ласка, чому Ви вважаєте, що в запропонованій Вами диференційованій системі терапевтичних, реабілітаційних і профілактичних заходів для попередження зниження СФ хворим з ДПС при РДРПП потрібна корекція психофармакотерапії?

4. Чому Ви пропонуєте проведення тренінгу нейрокогнітивних функцій тільки пацієнтам з ПШф, хоча когнітивні порушення мають місце і у хворих інших груп (наприклад, P2 (концептуальна дезорганізація мислення) у хворих при РДРПП (ГрF33), вольові порушення G13 в усіх групах)?

## **ВИСНОВОК**

### **про відповідність дисертації встановленим вимогам**

Дисертаційна робота Зубатюк О.В. «Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою» виконана на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика МОЗ України та представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 - психіатрія, є завершеним та самостійним дослідженням, виконаним на високому методичному рівні, що має безумовну теоретичну і практичну значущість та вирішує вагомому науково-практичну задачу підвищення ефективності психореабілітації пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при параноїдній формі шизофренії, шизоафективному розладі та рекурентному депресивному розладі з психотичними проявами.

Дисертація Зубатюк О.В. «Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою» за своєю актуальністю, науковою новизною отриманих результатів, їх практичним та теоретичним значенням, ступенем обґрунтованості та достовірності наукових положень, сформульованих у висновках і практичних рекомендаціях, повнотою викладення матеріалу в наукових статтях та апробації на наукових форумах, повністю відповідає вимогам, які пред'являються до наукового ступеня кандидата наук пп. 9, 11 (кандидатські), 12

(опублікованість та апробація), 14 (відсутність текстових запозичень, використання ідей, наукових результатів і матеріалів інших авторів без посилань на автора) Порядку присудження наукових ступенів, затвердженого постановами Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. №567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – «психіатрія».

**Офіційний опонент:**

професор кафедри психіатрії та наркології

Національного медичного університету

імені О.О. Богомольця,

доктор медичних наук, професор

Н. О. Дзеружинська

