

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ВИХОДУ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ПЕРВИННОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ

©В. В. Косовський

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Первинний психотичний епізод (ППЕ) є однією з ланок динамічного перебігу психотичного розладу.

Мета – дослідити соціально-психологічні особливості хворих з ППЕ та їх зв'язок з показниками відновлення за результатами лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 177 пацієнтів з ППЕ трьох дослідницьких груп (F20 – 53 особи; F23 – 96 осіб та F25 – 28 осіб).

Використовували клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи. В якості інструментарію використовували шкалу PANSS, методика діагностики рівня соціальної фрустрованості, шкалу оцінки медикаментозного комплаєнсу та опитувальник когнітивної регуляції емоцій. Аналізували та досліджували соціально-психологічні особливості хворих, редукцію психопатологічної симптоматики за результатами стаціонарного лікування, а також динаміку хвороби в довгостроковій перспективі.

Результати. Проаналізовано та описано соціально-психологічні особливості обстежених, встановлено їх зв'язок з показниками відновлення за результатами лікування. Визначено, що позитивна динаміка при ППЕ пов'язана з наявністю фрустрованості своїм фізичним та емоційним станом, комплаєнтністю хворих та ставленням до медикації, а також наявністю в когнітивній структурі регуляції емоцій стратегії «фокусування на плануванні». Негативну динаміку стану хворих обумовлює наявність фрустрованості своїм соціальним оточенням та соціально-економічним становищем, а також нав'язливого типу мислення (румінацій).

Висновки. Соціально-психологічні чинники відіграють значну роль у динаміці стану і відновленні пацієнтів з ППЕ та мають враховуватись в якості мішеней при розробці програм лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинний епізод психозу; комплаєнс; соціальна фрустрованість; когнітивна регуляція емоцій; редукція психопатологічної симптоматики; частота загострень; тривалість ремісії.

Вступ. Первинний психотичний епізод (ППЕ) є однією з ланок динамічного перебігу психотичного розладу та знаменує пік психотичної фази хвороби, період її активного перебігу, в якому закладається віддалений довгостроковий клініко-функціональний прогноз захворювання [1, 2]. Терапевтичні втручання при першому епізоді розглядаються як критично важливі, оскільки ефективність лікування пов'язана з прогнозом захворювання. Підкреслюється, що в перші п'ять років психотичної хвороби відбуваються найсерйозніші зміни, при цьому патологічні процеси виявляють максимальну пластичність. Низка досліджень підтверджує, що затримка при лікуванні хворих із ППЕ призводить до зниження якості ремісії, збільшення частоти загострень, погіршення соціального функціонування та якості життя пацієнтів [3, 4]. Ранній початок, дотримання режиму лікування та безперервність терапії є ключовими чинниками сприятливого довгострокового прогнозу. Від тривалості застосування антипсихотиків та через припинення лікування залежить частота рецидивів. Рецидив призводить до погіршення перебігу хвороби та спричиняє розвиток резистентності до лікування [4–6]. Зазначається, що на психічну адаптацію пацієнтів до захворювання та їх прихильність до терапії впливає цілий ряд чинників, що включають в себе особливості ендогенного процесу, соціальні та особистісні психологічні

фактори, дослідження та визначення яких має важливе прогностичне та корекційно-профілактичне значення.

Мета – дослідити соціально-психологічні особливості хворих з ППЕ та їх зв'язок з показниками відновлення за результатами лікування.

Матеріал і методи дослідження. В дослідження залучено 177 пацієнтів, які були вперше госпіталізовані з епізодом психозу в стаціонарне відділення. Дослідницькі групи були представлені трьома нозологіями: шизофренія (F20) – 53 особи; гострий поліморфний психотичний розлад (ГППР) (F23) – 96 осіб та шизоафективний розлад (F25) – 28 осіб.

Для реалізації мети дослідження в роботі використовували клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи. В якості інструментарію використовували шкалу оцінки позитивних та негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (Л. І. Вассерман), шкалу оцінки медикаментозного комплаєнсу (Лутова Н. Б. і співавт.) та опитувальник когнітивної регуляції емоцій («Cognitive Emotion Regulation Questionnaire» – CERQ, Garnefski et al., 2002) [7–10]. Аналізували та досліджували соціально-психологічні особливості хворих, редукцію психопатологічної симптоматики за результатами стаціонарного лікування, а та-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення кож динаміку хвороби в довгостроковій перспективі, зокрема наявність та кількість епізодів загострень, тривалість ремісії та трансформації діагнозу.

Для статистичної обробки даних застосовували методи описової статистики, методи порівняльного (t-критерій Стьюдента, двосторонній тест Фішера) та кореляційного (r-Пірсона) аналізів. Обробка даних здійснювалась за допомогою пакета комп'ютерних програм Excel та STATISTICA.

Результати й обговорення. Вибірку дослідження склали особи чоловічої ((48,58±1,98) %) та жіночої статі ((51,41±2,04) %) з середнім віком (32,6±2,73) років. Достовірних відмінностей між нозологічними групами за віком визначено не

було, мінімальні показники середнього віку визначались в групі хворих з F23 – (29,6±2,42) років, максимальні при F20 – (34,5±2,64) років, при F25 середній вік хворих складав (33,8±2,71) років.

Розподіл хворих з F20 та F23 за статтю був пропорційний, тоді як у групі хворих з F25 визначалось достовірне превалювання (p≤0,05) осіб жіночої статі ((64,29±14,23) %), порівняно з чоловіками ((35,71±10,61) %).

Для дослідження особливостей психосоціальних факторів та аналізу їх ролі у прогнозі виходу ППЕ використовували методику діагностики рівня соціальної фрустрованості, узагальнені результати якої за групами дослідження представлені на рисунку 1.

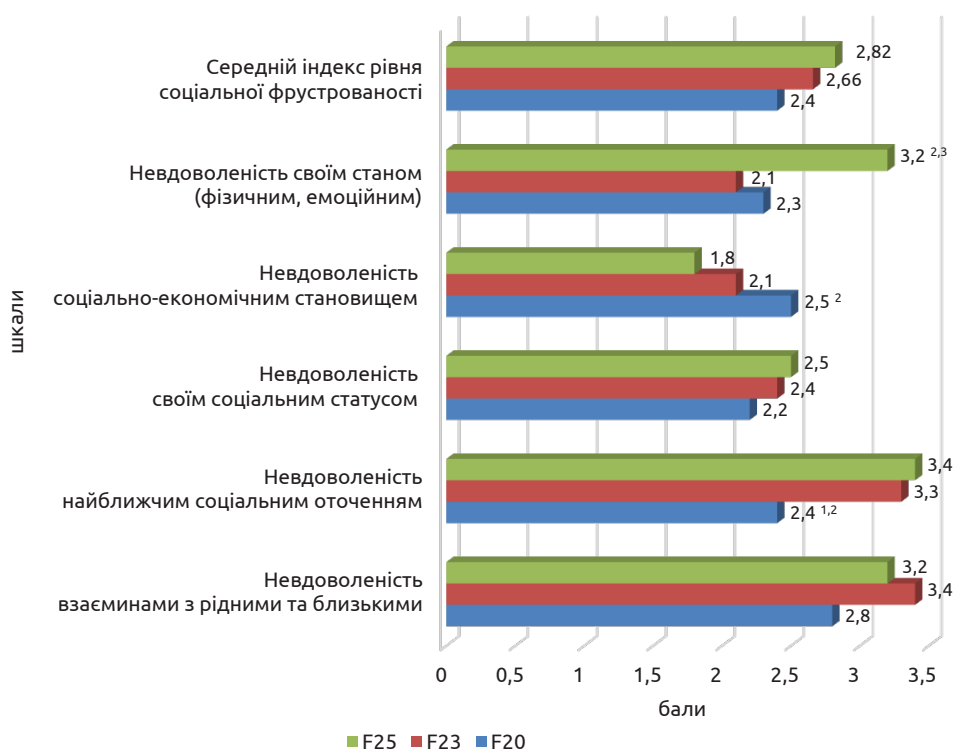


Рис. 1. Рівень соціальної фрустрованості хворих з ППЕ.

Умовні позначення: статистично значущі відмінності (p < 0,05): ¹ – між групами F20 та F23; ² – між групами F20 та F25; ³ – між групами F23 та F25.

За рівнем соціальної фрустрованості пацієнти досліджуваних груп достовірно не відрізнялись між собою та визначали наявність близького до помірного рівня фрустрованості з тенденцією до його підвищення у пацієнтів з F25. При цьому в структурі соціальної фрустрованості відзначались певні нозологічні відмінності. Так, загальний рівень соціальної фрустрованості пацієнтів з F20 був найнижчим та склав (2,4±0,39) балів, максимальний рівень невдоволеності визначався в сфері взаємин з рідними та близькими – (2,8±0,46) балів та в сфері соціально-економічного стану – (2,5±0,37) балів. При цьому значних піків у профілі соці-

альної фрустрованості пацієнтів з F20 не виявлялось. У пацієнтів з F23 загальний рівень фрустрованості складав (2,66±0,51) балів, в його структурі найвиразнішим виявлявся рівень невдоволеності взаєминами в близькому колі контактів, зокрема взаєминами з рідними – (3,4±0,48) балів, та з найближчим соціальним оточенням – (3,3±0,52) балів.

При F25 рівень соціальної фрустрованості був найвищим і дорівнював (2,82±0,56) балів, його підвищення обумовлювало передусім невдоволення найближчим соціальним оточенням – (3,4±0,45) балів, та взаєминами з близькими – (3,2±0,53) балів, а

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення також невдоволеність своїм фізичним та емоційним станом – (3,2±0,46) балів.

При цьому фрустрованість у стосунках з найближчим соціальним оточенням у пацієнтів з F23 та F25 була достовірно вищою – (3,3±0,52) та (3,4±0,45) балів, порівняно з пацієнтами з F20, в групі яких ці показники склали (2,4±0,38) балів

($p \leq 0,05$). Високий рівень невдоволеності своїм фізичним та емоційним станом достовірно відрізняв пацієнтів з F25 ((3,2±0,46) балів), від пацієнтів з F20 ((2,3±0,37) та F23 (2,1±0,32) балів) $p \leq 0,05$.

Детальний аналіз складових комплаєнсу хворих досліджуваних груп за факторами, що його складають, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Рівень та структурні компоненти медикаментозного комплаєнсу хворих з ППЕ

Фактори	Нозологічні форми ППЕ		
	F20 (n = 53)	F23 (n = 96)	F25 (n = 28)
Відношення до медикації (загальний бал за фактором)	15,55±1,53/62,2	15,8±1,48/63,2	17,1±1,64/68,4
Поведінка при проведенні медикаментозного лікування	1,25±0,21/62,5	1,3±0,26/65	1,2±0,18/60
Зацікавленість у прийомі ліків	2,3±0,34/76,7	2,5±0,41/83,3	2,6±0,44/86,7
Наявність сумнівів та побоювань щодо психотропної дії	3,2±0,46/64	3,1±0,39/62	3,5±0,51/70
Психологічно обумовлене саботування медикації	2,2±0,34/44	2,3±0,42/46	2,8±0,48/56
Оцінка ефективності препарату при монотерапії	1,2±0,26/60	1,3±0,31/65	1,1±0,22/55
Оцінка ефективності комбінації препаратів	1,4±0,32/70	1,5±0,37/75	1,4±0,28/70
Прийнятність способу введення препарату (парентерального та перорального)	1,1±0,2/55	0,9±0,16/45	1,3±0,22/65
Задоволеність режимом прийому препаратів	1,3±0,32/65	1,3±0,27/65	1,5±0,34/75
Доступність препаратів	0,6±0,1/60	0,6±0,12/60	0,7±0,1/70
Інформація про час початку дії препарату	1±0,00/100	1±0,00/100	1±0,00/100
Фактори, що пов'язані з пацієнтом (загальний бал за фактором)	6,9±0,74/46²	7,8±0,81/52	8,9±0,95/59,3
Усвідомлення хвороби	1,5±0,28/50 ²	1,7±0,34/56,7	1,9±0,41/63,3
Рівень продуктивної психопатологічної симптоматики за шкалою BPRS	0,6±0,11/30	0,7±0,1/35	0,9±0,15/45
Рівень негативної симптоматики за шкалою SANS	0,9±0,12/45 ²	1,2±0,18/60	1,6±0,21/80
Частота рецидивування	0	0	0
Тенденції до саморуйнівної поведінки	1,7±0,24/85	1,6±0,19/80	1,8±0,25/90
Коморбідність з залежностями або розладами особистості	0,4±0,11/40	0,5±0,1/50	0,4±0,1/40
Глобальний рівень соціального функціонування та адаптації (за шкалою GAF)	1,4±0,24/70	1,4±0,19/70	1,6±0,27/80
Наявність когнітивних порушень	0,4±0,1/40 ^{1,2}	0,7±0,14/70	0,7±0,12/70
Фактори, що пов'язані з близьким оточенням (загальний бал за фактором)	3,1±0,38/62²	3,7±0,42/74	3,9±0,46/78
Рівень соціальної підтримки	1,2±0,22/60	1,3±0,26/65	1,3±0,19/65
Відношення близького оточення до медикації	1,9±0,27/63,3 ²	2,4±0,33/80	2,6±0,37/86,7
Фактори, що пов'язані з лікарем (загальний бал за фактором)	2,8±0,37/70	2,9±0,43/72,5	3,0±0,35/73,3
Терапевтичний альянс	1,3±0,22/65	1,5±0,27/75	1,5±0,3/75
Адекватність лікарського спостереження поза загостренням	1,5±0,25/75	1,4±0,21/70	1,5±0,24/75
Загальний рівень комплаєнсу	30,35±2,76/61,9	32,8±2,93/66,9	35,1±3,32/71,6

Умовні позначення:

– значення представлені у форматі: середня арифметична балів за шкалою ± стандартна похибка середньої арифметичної (M±m)/ відсоток від загальної можливої кількості балів за шкалою;

– статистично значущі відмінності ($p < 0,05$): ¹ – між групами F20 та F23; ² – між групами F20 та F25; ³ – між групами F23 та F25.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

За загальним рівнем комплаєнсу достовірних статистичних відмінностей між досліджуваними групами виявлено не було, при цьому найнижчий його рівень, що наближався до середнього рівня порушень, фіксувався при F20 (61,9%), при F23 та F25 показники рівня комплаєнсу були дещо вищими 66,9 % та 71,6 % відповідно та дорівнювали низькому рівню порушень.

Виявлено, що в формування комплаєнсу хворих з ППЕ незалежно від нозологічної належності значний внесок роблять фактори, які пов'язані з лікарем (наявність терапевтичного альянсу та можливість отримувати терапію та лікарське спостереження поза загостреннями), а також фактори, що пов'язані з близьким оточенням (тобто наявність адекватного ставлення оточення та допомоги щодо медикаментозного лікування) та ставленням до медикації, саме за цими факторами показники у хворих всіх досліджуваних груп дорівнювали низькому рівню порушень.

Зниження рівня комплаєнсу у хворих з ППЕ визначалось передусім за факторами, що пов'язані з пацієнтом і впершу чергу за рахунок виразності продуктивної та негативної психопатологічної симптоматики. При цьому слід зазначити, що у пацієнтів з F20 показники за фактором, що пов'язані з пацієнтом, були значно нижчими ($6,9 \pm 0,74$ балів), ніж у пацієнтів з F25 ($8,9 \pm 0,95$ балів), $p \leq 0,05$. Зниження рівня комплаєнсу за озна-

ченим фактором у пацієнтів з F20 обумовлювали достовірно нижчі показники рівня усвідомлення хвороби ($1,5 \pm 0,28$ балів) та виразнішу негативну симптоматику ($0,9 \pm 0,12$ балів), порівняно з F25 ($1,9 \pm 0,41$ та $1,6 \pm 0,21$ балів, відповідно), при $p \leq 0,05$, а також наявність когнітивних порушень, які достовірно частіше виявлялись у пацієнтів з F20 ($0,4 \pm 0,1$ балів), порівняно з пацієнтами з F23 ($0,7 \pm 0,14$ балів) та F25 ($0,7 \pm 0,12$ балів), при $p \leq 0,05$. Також у пацієнтів з F20 визначався достовірно нижчий рівень комплаєнсу за фактором, що пов'язаний з близьким оточенням ($3,1 \pm 0,38$ балів), передусім за рахунок негативного ставлення близьких до медикації ($1,9 \pm 0,27$ балів), порівняно з пацієнтами з F25, в групі яких ці показники склали відповідно ($3,9 \pm 0,46$) балів та ($2,6 \pm 0,37$) балів, при $p \leq 0,05$. Отримані дані свідчать, що зниження рівня комплаєнсу при ППЕ обумовлює передусім клінічна симптоматика, зокрема виразність психопатологічних проявів. Найнижчий рівень комплаєнсу визначається у пацієнтів з F20, який обумовлює виразність негативної симптоматики, когнітивних порушень та наявність побоювань і негативного ставлення до медикації з боку близького оточення.

Оцінка когнітивного регулювання емоцій серед пацієнтів з ППЕ (за результатами опитувальника когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ)) представлена на рисунку 2.

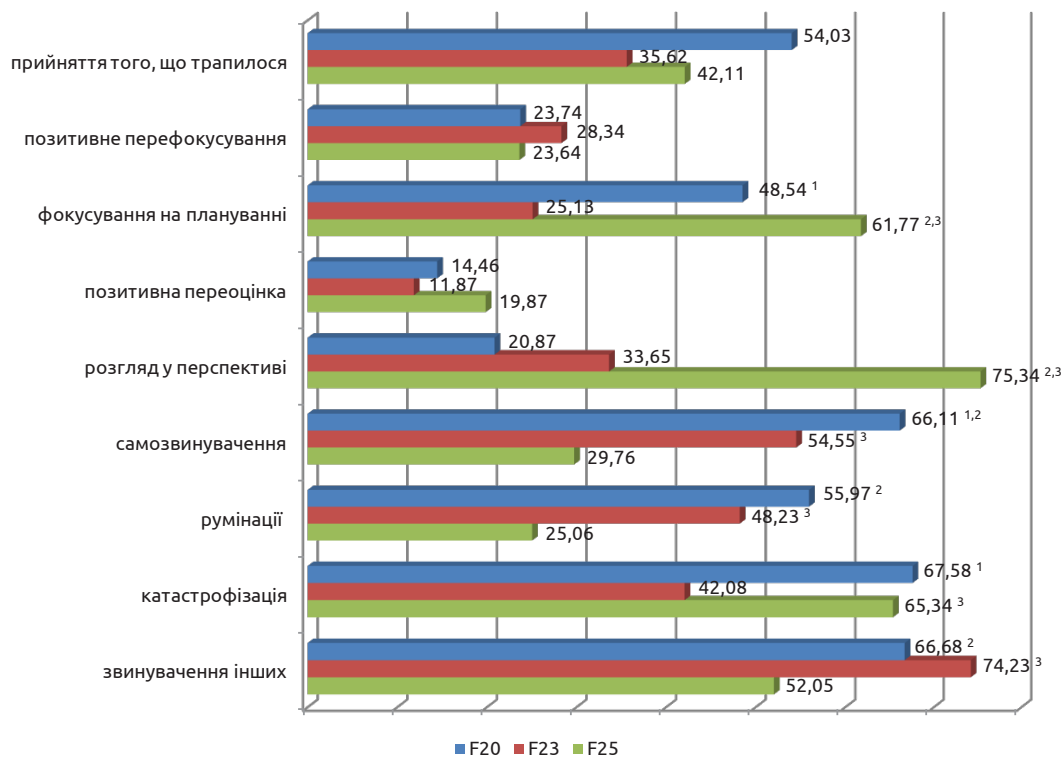


Рис. 2. Особливості когнітивної регуляції емоцій у пацієнтів з ППЕ.

Умовні позначення: статистично значущі відмінності ($p < 0,05$): ¹ – між групами F20 та F23; ² – між групами F20 та F25; ³ – між групами F23 та F25.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

У пацієнтів з F20 переважали здебільшого стратегії, які перешкоджають адаптації та посилюють дезадаптаційні ефекти (або «деструктивні») стратегії. Так, найбільш вираженими були такі стратегії когнітивного врегулювання емоцій, як «катастрофізація» ((67,58±3,78) %), звинувачення себе ((66,11±3,84) %) та інших ((66,68±3,91) %) і «румінації» ((55,97±2,77) %). Найменш вираженими стратегіями когнітивного врегулювання емоцій були «позитивна переоцінка» ситуації, що сталася ((14,46±4,01) %), «розгляд у перспективі» ((20,87±2,18) %) та «позитивне перефокусування» ((23,74±2,93) %). Тобто пацієнти з F20 були схильні частіше перебільшувати негативні наслідки ситуації, що сталася, прокручувати в голові думки, пов'язані з пережитою складною ситуацією, та мали тенденцію або звинувачувати себе, або перекладати відповідальність за ситуацію на інших.

У пацієнтів з F23 серед стратегій когнітивного врегулювання емоцій переважала стратегія звинувачення інших ((74,23±5,11) %), що вказує на схильність пацієнтів даної групи перекладати відповідальність за ситуацію, що відбувається, на інших, звинувачуючи їх у власних негараздах. Найменш характерними стратегіями когнітивного врегулювання емоцій у пацієнтів з F23 були «позитивна переоцінка» ((11,87±1,51) %), «фокусування на плануванні» ((25,13±2,87) %) та «позитивне перефокусування» ((28,34±2,15) %), що вказує на неможливість пацієнтів даної групи поглянути на ситуацію, що сталася, під більш позитивним кутом, та шукати шляхи до вирішення ситуації.

У пацієнтів з F25 серед стратегій когнітивного врегулювання емоцій переважали стратегії «розгляду в перспективі» ((75,34±4,09) %), «катастрофізація» ((65,34±3,19) %) та «фокусування на плануванні» ((61,77±2,13) %), що свідчило про їх схильність до збільшення масштабів проблеми до глобальних та фокусування на майбутній негативній перспективі. Найменш характерними стратегіями когнітивного врегулювання емоцій у пацієнтів цієї групи були «позитивна переоцінка» ((19,87±1,77) %) та «позитивне перефокусування» ((23,64±1,12) %), що свідчило про відсутність можливостей відволікатися від ситуації та віднаходити її позитивний сенс.

Математичне зіставлення груп дослідження дозволило встановити, що пацієнти з F20 відрізнялись від пацієнтів з F23 та F25 більш вираженою стратегією самозвинувачення (66,11 %, в порівнянні з 54,55 % та 29,76 %, при $p \leq 0,03$ та $p \leq 0,001$ відповідно) та прийняття ситуації, що сталася (54,03 %, в порівнянні з 35,62 та 42,11, при $p \leq 0,02$ та $p \leq 0,03$ відповідно); переважанням стратегій катастрофізації (67,58 %, при $p \leq 0,002$) та фокусування на плануванні (48,54 %, $p \leq 0,001$), порівняно з хворими на F23 (42,08 % та 25,13 % відповідно); переважанням

схильності до румінацій (55,97 %, $p = 0,001$) та звинувачення інших (66,68 %, $p \leq 0,02$), порівняно з хворими на F25 (25,06 % та 52,05 % відповідно).

Пацієнти з F23 відрізнялись від пацієнтів з F25 переважанням стратегій звинувачення себе (54,55 % порівняно з 29,76 %, при $p \leq 0,001$) та інших (74,23 % та 52,05 %, при $p \leq 0,001$) і румінацій (48,23 % та 25,06 %, $p \leq 0,001$) та від пацієнтів з F20 – переважанням стратегії «розгляд у перспективі» (33,65 % та 75,34 %, при $p \leq 0,03$).

Пацієнти з F25 відрізнялись від хворих на F20 та F23 більш вираженими стратегіями фокусування на плануванні (61,77 %, порівняно з 48,54 % та 25,13 %, при $p \leq 0,03$ та $p \leq 0,001$ відповідно) та розгляд у перспективі (75,34 % порівняно з 20,87 % та 33,65 %, при $p \leq 0,001$ та $p \leq 0,001$ відповідно) та більшою схильністю до катастрофізації, порівняно з хворими на F 23 (65,34 % та 42,08 %, при $p \leq 0,001$).

Для дослідження динаміки стану хворих з ППЕ аналізували наступні показники: редукція психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS (розраховувалась як різниця між початковими даними при госпіталізації та даними обстеження за результатами лікування в стаціонарі); середня тривалість ремісії після першої госпіталізації та кількість епізодів загострення протягом 2-х років після первинної госпіталізації (визначались за результатами катamnестичного аналізу історій хвороби). Результати аналізу динаміки стану хворих з ППЕ представлено в таблиці 2. Отримано, що за рахунок редукції психопатологічної симптоматики за результатами стаціонарного лікування, найбільш позитивна динаміка у відновленні хворих з ППЕ визначалась у пацієнтів з F23 (37,45±1,39 балів) та з F25 (34,65±1,27 балів), яка була достовірно вищою, ніж при ППЕ F20 (26,2±1,13 балів), при $p \leq 0,05$. Найбільша тривалість ремісії при ППЕ визначалась у пацієнтів з F25 (10,5±0,94 місяців) та F23 (9,7±0,82 місяців), тоді як у групі пацієнтів з F20 тривалість ремісії після першої госпіталізації була значно коротшою та складала (7,23±0,68) місяців, при $p \leq 0,05$ порівняно з F25.

За кількістю епізодів загострення протягом перших двох років після першої госпіталізації найвищі показники визначались у хворих з F20 (2,8±0,33), найнижчі – у хворих з F23 (1,6±0,18), при $p \leq 0,05$ при порівнянні F20 та F23, при F25 середня кількість епізодів складала 2,3±0,21. При цьому в хворих з F23 у деяких випадках при наявних епізодах загострення та відсутності значної редукції симптоматики відбувалась трансформація діагнозу в сторону шизофренії (в (34,38±2,93) % випадків).

Для визначення наявності та специфіки взаємозв'язків між соціально-психологічними особливостями хворих з ППЕ та динамікою їх стану було проведено кореляційний аналіз, результати якого відображено в таблиці 3.

Таблиця 2. Показники динаміки стану хворих при ППЕ

Показник	Нозологічні форми ППЕ		
	F20 (n = 53)	F23 (n = 96)	F25 (n = 28)
Редукція психопатологічної симптоматики (в балах, шкала PANSS)	26,2±1, 13 ^{1,2}	37,45±1,39	34,65±1,27
Тривалість ремісії після першої госпіталізації (в місяцях)	7,23±0,68 ^{1,2}	9,7±0,82	10,5±0,94
Кількість епізодів загострення протягом 2-х років (абс.к-ть)	2,8±0,33 ¹	1,6±0,18	2,3±0,21

Примітки: дані наведено в форматі: середня арифметична ± помилка середньої арифметичної (M±m);

¹ – статистично значущі відмінності між групами F20 та F23;

² – статистично значущі відмінності між групами F20 та F25.

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки між показниками динаміки стану та соціально-психологічними особливостями пацієнтів з ППЕ

Показники		Редукція психопатологічної симптоматики	Тривалість ремісії після першої госпіталізації	Кількість епізодів загострення протягом 2-х років
Соціальна фрустрованість	Загальний рівень соціальної фрустрованості	0,09	0,16	0,11
	Невдоволеність взаєминами з рідними та близькими	0,18	0,15	-0,03
	Невдоволеність найближчим соціальним оточенням	-0,36*	-0,07	-0,05
	Невдоволеність своїм соціальним статусом	-0,12	0,03	0,08
	Невдоволеність соціально-економічним становищем	-0,2	-0,41*	-0,34*
	Невдоволеність своїм станом (фізичним, емоційним)	0,43*	0,12	0,1
Комплаєнс	Загальний рівень комплаєнсу	0,16	0,43*	0,18
	Фактори, що пов'язані з пацієнтом	0,45*	0,21	0,34*
	Фактори, що пов'язані з близьким оточенням	0,20	0,12	0,19
	Фактори, що пов'язані з лікарем	0,08	0,03	0,15
	Відношення до медикації	0,21	0,37*	0,32*
Регуляція емоцій	Прийняття того, що трапилося	0,13	0,01	0,17
	Позитивне перефокусування	0,19	0,15	0,12
	Фокусування на плануванні	0,39*	0,15	0,35*
	Позитивна переоцінка	0,17	0,01	0,02
	Розгляд у перспективі	0,11	0,15	0,03
	Самозвинувачення	0,05	-0,12	-0,01
	Румінації	-0,12	-0,35*	-0,23
	Катастрофізація	-0,16	0,12	-0,11
Звинувачення інших	-0,14	-0,16	0,05	

Примітки: * – достовірно значущі кореляції.

Установлено, що редукція психопатологічної симптоматики має позитивні кореляційні зв'язки з рівнем фрустрованості своїм станом ($r=0,43$), рівнем комплаєнсу за фактором, що пов'язаний з пацієнтом ($r=0,45$), а також з рівнем виразності когнітивної стратегії регуляції афективних переживань за типом «фокусування на плануванні» ($r=0,39$, тоді як зворотний кореляційний зв'язок було отримано з рівнем невдоволеності най-

ближчим соціальним оточенням ($r=-0,36$). Тобто, позитивну динаміку в редукції психопатологічної симптоматики обумовлює наявність невдоволеності своїм фізичним та емоційним станом, клінічні фактори, що обумовлюють комплаєнтність хворого та наявність в когнітивній структурі регуляції емоцій стратегії «фокусування на плануванні», яка дозволяє будувати плани по відношенню до ситуації, яка сталася; натомість невдоволеність

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення своїм соціальним оточенням, навпаки, пов'язана з погіршенням показників редукції психопатологічної симптоматики.

Тривалість ремісії після першої госпіталізації мала позитивні кореляційні зв'язки з загальним рівнем комплаєнсу ($r=-0,43$) і окремо з рівнем комплаєнсу за фактором «відношення до медикації», в той час як зворотний кореляційний зв'язок було відзначено з рівнем фрустрованості своїм соціально-економічним становищем ($r=-0,41$) та різницею серед стратегій когнітивної регуляції емоцій «румінацій» ($r=-0,35$). Таким чином, збільшення тривалості ремісії після першої госпіталізації було пов'язано з наявністю достатнього загального рівня комплаєнсу і, зокрема, позитивного відношення до медикації, низькими показниками фрустрованості своїм соціально-економічним становищем та «румінацій», нав'язливого типу мислення в структурі когнітивної регуляції емоцій.

Частота епізодів загострення також мала позитивні кореляційні зв'язки з рівнем комплаєнсу за факторами, що пов'язані з пацієнтом ($r=0,34$) та відношенням до медикації ($r=0,32$), а також з виразністю когнітивної стратегії регуляції емоцій за ти-

пом «фокусування на плануванні» ($r=0,35$). Зворотний зв'язок визначався між частотою загострень та рівнем фрустрованості своїм соціально-економічним становищем ($r=-0,34$). Тобто, наявність позитивного відношення до медикації, клінічних та особистісних факторів, що обумовлюють комплаєнтність, а також здатність пацієнта концентруватись та планувати подальше вирішення ситуації, що склалась, та низький рівень фрустрованості своїм соціально-економічним становищем, пов'язані зі зниженням частоти загострень. Натомість низькі показники комплаєнтності, нездатність планувати майбутнє з урахуванням теперішньої ситуації та невдоволеність своїм соціально-економічним становищем, навпаки, пов'язані зі збільшенням частоти загострень.

Висновки. Отримані результати досліджень демонструють, що соціально-психологічні чинники, зокрема комплаєнтність хворих, рівень їх соціальної фрустрованості і особливості когнітивної регуляції емоцій відіграють значну роль у динаміці стану і відновленні пацієнтів з ППЕ та мають враховуватись в якості мішеней при розробці програм лікування ППЕ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Марута Н. О. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування) : методичні рекомендації / Н. О. Марута, А. М. Бачериков. – Харків, 2001. – 20 с.
2. Menezes N. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis / N. Menezes, T. Arenovich, R. Zipursky // *Psychological Medicine*. – 2006. – No. 36. – P. 1349–1362.
3. Cheng S. C. Early Intervention in Schizophrenia: A Literature Review / S. C. Cheng, K. G. Schepp // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2016. – Vol. 30 (6). – P. 774–781.
4. The impact of causal explanations on outcome in people experiencing psychosis: a systematic review / L. Carter, J. Read, M. Pyle [et al.] // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2017. – Vol. 24. – P. 332–347.
5. Хаустова О. О. Сучасні підходи до діагностики та терапії шизофренії / О. О. Хаустова // *НейроNews*. – 2022. – № 5–6 (135). – С. 12–18.
6. Раннє втручання в психоз (нові діагностичні та

терапевтичні парадигми) / за ред. П. В. Волошина, Н. О. Марути. – Харків : Строков Д. В.- 2019. – 335 с.

7. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – М., 2001. – 238 с.

8. Рогов Є.І. Настільна книга практичного психолога. Робота психолога з дорослими / Електронний ресурс – Режим доступу: https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika_diaagnostiki_rivnya_sotsialnoyi_frustrirovannosti_vasserman#81

9. Метод прогнозування медикаментозного комплаєнсу в психіатрії : методическі рекомендації / НИПНИ ім. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова с соавт. – СПб., 2007. – 24 с.

10. Писарева О. Л., Гриценко А. Когнитивная регуляция эмоций / О. Л. Писарева, А. Гриценко // *Философия и социальные науки : научный журнал*. – 2011. – № 2. – С. 64–69.

REFERENCES

1. Maruta, N.O., & Bacherikov, A.M. (2001). *Pershyy epizod shyzofreniyi (suchasni pryntsyipy diahnostryky ta likuvannya): metodychni rekomendatsiyi [The first episode of schizophrenia (current principles of diagnosis and treatment): methodological recommendations]*. Kharkiv, 1-20 [in Ukrainian].
2. Menezes, N.M., Arenovich, T., & Zipursky, R.B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies

of first-episode psychosis. *Psychological medicine*, 36(10), 1349-1362.

3. Cheng, S.C., & Schepp, K.G. (2016). Early intervention in schizophrenia: a literature review. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), 774-781.

4. Carter, L., Read, J., Pyle, M., & Morrison, A.P. (2017). The impact of causal explanations on outcome in people ex-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
periencing psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 332-347.

5. Haustova, O.O. (2022). Suchasni pidkhody do diahnostyky ta terapiyi shyzofreniyi [Modern approaches to diagnosis and therapy of schizophrenia]. *HeïpoNews – NeuroNews*, 5-6(135), 12-18 [in Ukrainian].

6. Voloshyn, P.V., & Maruta, N.O. (Ed.) (2019). *Rannye vtruchannya v psykhoz (novi diahnostychni ta terapevtychni paradyhmy) [Early intervention in psychosis (new diagnostic and therapeutic paradigms)]*. Kharkiv: Stokov D.V. [in Ukrainian].

7. Mosolov, S.N. (2001). *Shkaly psikhometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontseptsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv [Psychometric assessment scales for schizophrenia symptoms and the concept of positive and negative disorders]*. Moscow: Novyy tsvet [in Russian].

8. Rogov, E.I. (2000). A handbook for a practical psychologist: navch. Pos_bnik-2nd form., Book. 2: Psychologist's work with adults, add. i reform. Humanit. view. VLA-DOS center. Retrieved from: https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika_diaagnostiki_rivnya_sotsialnoyi_frustrirovannosti_vasserman#81 [in Ukrainian].

9. Lutova, N.B., Bortsov, A.V., Vuks, A.Ya., & Vid, V.D. (2007). *Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplayensa v psikiatrii : metodicheskiye rekomendatsii [A method for predicting drug compliance in psychiatry]* [in Russian].

10. Pisareva, O.L., & Gritsenko, A. (2011). Kognitivnaya regulyatsiya emotsiy [Cognitive regulation of emotions]. *Filosofiya i sotsial'nyye nauki: Nauchnyy zhurnal – Philosophy and Social Sciences: Scientific Journal*, 2, 64-69 [in Russian].

SOCIO-PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF OUTCOME AND RECOVERY IN PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

©V. V. Kosovsky

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. A primary psychotic episode (PPE) is one of the links in the dynamic course of a psychotic disorder.

The aim – to investigate the socio-psychological features of patients with PPE and their relationship with recovery rates after treatment.

Material and Methods. 177 patients with PPE from three research groups were examined (F20 – 53 people; F23 – 96 people and F25 – 28 people).

Clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, psychodiagnostic and statistical methods were used. The PANSS scale, the method of diagnosing the level of social frustration, the medication compliance assessment scale and the questionnaire of cognitive regulation of emotions were used as instruments. The socio-psychological characteristics of patients, the reduction of psychopathological symptoms as a result of inpatient treatment, and the dynamics of the disease in the long term were analyzed and studied.

Results. The socio-psychological characteristics of the examined were analyzed and described, and their relationship with the indicators of recovery based on the results of treatment was established. It was determined that the positive dynamics in PPE is associated with the presence of frustration with one's physical and emotional state, patient compliance and attitude to medication, as well as the presence of the "focus on planning" strategy in the cognitive structure of emotion regulation. The negative dynamics of the patients' condition is determined by the presence of frustration with their social environment and socio-economic situation, as well as an obsessive type of thinking (rumination).

Conclusions. Socio-psychological factors play a significant role in the dynamics of the condition and recovery of patients with PPE and should be considered as targets when developing treatment programs.

KEY WORDS: primary episode of psychosis; compliance; social frustration; cognitive regulation of emotions; reduction of psychopathological symptoms; frequency of exacerbations; duration of remission.

Отримано 05.11.2023

Електронна адреса для листування: lesiakovska@icloud.com