

*В. В. Косовський*

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ТА ЇХ РОЛЬ В ПРОГНОЗІ ВІДНОВЛЕННЯ

*V. V. Kosovskyi*

### CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE AND THEIR ROLE IN THE PROGNOSIS OF RECOVERY

**Ключові слова:** первинний психотичний епізод, клініко-психопатологічні особливості, вихід, відновлення, критерії прогнозу

**Keywords:** primary psychotic episode, clinical and psychopathological features, outcome, recovery, prognosis criteria

У статті подано результати дослідження клініко-психопатологічних проявів первинного психотичного епізоду (ППЕ) та їх зв'язок з показниками відновлення за результатами лікування. Обстежено 177 пацієнтів з ППЕ: 53 — з діагнозом шизофренія (F20 за МКХ-10), 96 — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (F23) та 28 — з діагнозом шизоафективний розлад (F25). Визначено що ППЕ при F20 має більш негативний прогноз щодо виходу та відновлення. Негативними критеріями прогнозу відновлення при ППЕ є наявні негативні симптоми в структурі психопатологічної симптоматики та відмова від співпраці. Позитивний прогноз відновлення можливий передусім коли немає негативної симптоматики, зокрема порушень мислення, проявів соціального уникнення та емоційної відчуженості.

The article presents the results of the study of the clinical and psychopathological manifestations of PPE and their relationship with the indicators of recovery based on the results of treatment. Were examined 177 patients with PPE: 53 with a diagnosis of schizophrenia (F20), 96 with a diagnosis of acute polymorphic psychotic disorder (F23) and 28 with a diagnosis of schizoaffective disorder (F25). It was determined that at F20, a more negative forecast is determined regarding exit and recovery. Negative criteria for the prognosis of recovery in PPE are the presence of certain negative symptoms in the structure of psychopathological symptoms and refusal to cooperate. A positive prognosis for recovery is conditioned, first of all, by the absence of negative symptoms, in particular, thinking disorders, manifestations of social avoidance and emotional alienation.

Досліджування початкових етапів психозу та прогнозу подальшого розвитку хвороби є одним з найактуальніших та пріоритетних напрямів в сучасній психіатрії. Саме первинний психотичний епізод (ППЕ) та досвід його лікування здебільшого визначають подальший розвиток захворювання [1—3]. У сучасних дослідженнях наголошується, що критичним періодом для надання допомоги та поліпшення виходу з психозу є перші 2—5 років психотичного досвіду, протягом якого патологічні процеси максимально піддаються корекції [4; 5]. Серед чинників, що визначають вихід ППЕ, виокремлюють особливості сімейних відносин, вживання психоактивних речовин, тривалість нелікованого захворювання, прихильність до лікування, рівень когнітивного функціонування, соціальні навички, особливості преморбідного функціонування, вік початку хвороби [6]. ППЕ характеризується чималим поліморфізмом клініко-психопатологічних проявів, який поєднує різні варіанти психічних розладів, зокрема й гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії, параноїдну шизофренію, шизоафективний розлад, гострий шизофреноподібний психотичний розлад, гострий маячний розлад та інші [7]. Клінічний патоморфізм та гетерогенність проявів при ППЕ зумовлює потребу пошуку прогностичних клінічних предикторів виходу та динаміки психозу.

Мета дослідження — дослідити клініко-психопатологічні особливості первинного психотичного епізоду та їх зв'язок з показниками відновлення за результатами лікування.

Обстежено 177 пацієнтів з ППЕ, серед яких 53 хворих з діагнозом шизофренія (F20 за МКХ-10), 96 — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (ГППР) (F23) та 28 — з діагнозом шизоафективний розлад (F25).

Для реалізації мети дослідження в роботі використовували клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний та статистичний методи. Клініко-психопатологічний метод включав збір анамнестичних даних, соціодемографічних характеристик, проведення клінічного обстеження, спостереження за хворими та оцінювання стану хворих за клінічними шкалами: шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS), шкалою оцінки особистісного та соціального функціонування психічнохворих (Personal and Social Performance Scale — PSP) та субшкалою CGI-I шкали загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI) [8—10]. Хворі, що взяли участь в дослідженні, були двічі обстежені: на початку стаціонарного лікування та за його результатами. Клініко-катамнестичний метод застосовували для оцінювання динаміки захворювання протягом наступних двох років та проводили, аналізуючи історії хвороби. Статистична обробка даних включала застосування методів описової статистики (визначення відсотків, середніх величин кількісних параметрів та їхніх стандартних помилок), методів порівняльного (*t*-критерій Стьюдента, двосторонній тест Фішера) та кореляційного (*r*-Пірсона) аналізів. Оброблювали дані за допомогою пакета комп'ютерних програм Excel та Statistica.

За демографічними показниками вибірка досліджуваних була представлена майже порівну особами чоловічої (48,58 ± 1,98 %) та жіночої статі (51,41 ± 2,04 %), середній вік обстежених становив 32,6 ± 2,73 роки.

Результати аналізу виразності клініко-психопатологічної симптоматики у хворих досліджуваних груп за даними оцінки за шкалою позитивної та негативної симптоматики PANSS наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих досліджуваних груп (за шкалою PANSS)

Показник	Шизофренія (F20) (n = 53)	ГППР (F23) (n = 96)	Шизоафективний розлад (F25) (n = 28)
<b>Шкала P — Позитивна симптоматика</b>			
P1 Маревні ідеї	4,28 ± 0,3	4,6 ± 0,33	4,4 ± 0,32
P2 Порушення мислення за формою (концептуальна дезорганізація)	3,65 ± 0,27	3,52 ± 0,25	2,85 ± 0,19
P3 Галюцинаторна поведінка	4,46 ± 0,33	4,54 ± 0,28	4,3 ± 0,3
P4 Збудження	3,84 ± 0,21	4,35 ± 0,36	4,6 ± 0,35
P5 Ідеї величі	2,75 ± 0,21	2,26 ± 0,18	2,6 ± 0,2
P6 Підозрілість (персекуторні ідеї)	3,73 ± 0,26	3,42 ± 0,25	3,26 ± 0,23
P7 Ворожість	1,62 ± 0,13	1,2 ± 0,12	1,3 ± 0,11
<b>Шкала N — Негативна симптоматика</b>			
N1 Сплощення афекту	2,26 ± 0,18 <sup>2</sup>	1,75 ± 0,14	0,8 ± 0,1
N2 Емоційна відчуженість	3,2 ± 0,25 <sup>2</sup>	2,45 ± 0,23	1,65 ± 0,15
N3 Зубожіння (збіднення) контакту	3,24 ± 0,26 <sup>1,2</sup>	1,9 ± 0,16	2,1 ± 0,18
N4 Пасивно-апатична соціальна відгородженість	3,36 ± 0,28	2,5 ± 0,21	2,64 ± 0,2
N5 Порушення абстрактного мислення	2,65 ± 0,22 <sup>1,2</sup>	1,46 ± 0,14	1,3 ± 0,11
N6 Недостатність спонтанності / плавності мовлення	2,75 ± 0,24	2,18 ± 0,18	1,75 ± 0,16
N7 Стереотипне мислення	2,7 ± 0,23	1,6 ± 0,15	1,75 ± 0,18
<b>Шкала G — Загальна психопатологічна симптоматика</b>			
G1 Іпохондричні ідеї	3,2 ± 0,28	2,46 ± 0,21	2,82 ± 0,22
G2 Тривожність	3,5 ± 0,27	4,35 ± 0,35	3,76 ± 0,29
G3 Ідеї винності	1,46 ± 0,13	1,8 ± 0,16	2,45 ± 0,19
G4 Фізична напруга	2,7 ± 0,23	3,0 ± 0,26	3,6 ± 0,3
G5 Манерність та поза	1,6 ± 0,14	1,70 ± 0,15	1,4 ± 0,12
G6 Депресія	2,4 ± 0,18	2,62 ± 0,2	3,75 ± 0,27 <sup>2,3</sup>
G7 Рухова загальмованість	2,58 ± 0,21	2,1 ± 0,17	2,16 ± 0,16
G8 Відмова від співпраці	1,6 ± 0,15	1,25 ± 0,13	1,2 ± 0,1
G9 Неприродність змісту мислення	4,16 ± 0,33 <sup>2</sup>	3,24 ± 0,23	2,75 ± 0,23
G10 Дезорієнтація	2,64 ± 0,23	3,26 ± 0,25	2,25 ± 0,18
G11 Порушення уваги	2,4 ± 0,17	2,3 ± 0,19	2,7 ± 0,21
G12 Недостатність суджень та критики	4,1 ± 0,32	3,75 ± 0,29	3,0 ± 0,26
G13 Вольові порушення	2,43 ± 0,21	1,8 ± 0,16	2,25 ± 0,18
G14 Імпульсивність	1,9 ± 0,16	2,7 ± 0,21	3,4 ± 0,23
G 15 Аутизація	3,2 ± 0,27	2,35 ± 0,19	2,23 ± 0,18
G16 Активний відхід від соціальних контактів	3,27 ± 0,28	2,56 ± 0,22	2,7 ± 0,22
<b>Узагальнені показники</b>			
Загальна сума балів за шкалою P	24,33 ± 1,17	23,9 ± 1,25	23,3 ± 1,2
Загальна сума балів за шкалою N	20,16 ± 1,32 <sup>1,2</sup>	13,84 ± 0,95	12,1 ± 0,8
Загальна сума балів за шкалою G	43,2 ± 2,16	41,25 ± 1,76	42,4 ± 1,9
Композитний індекс (P – N)	4,16 ± 0,26 <sup>1,2</sup>	10,1 ± 0,38	11,2 ± 0,41
Загальна кількість балів за шкалою PANSS	86,7 ± 1,76	79,00 ± 1,62	77,8 ± 1,57

Примітки. Тут і далі дані наведено в форматі: середня арифметична ± помилка середньої арифметичної ( $M \pm m$ ), бали; статистично значущі відмінності ( $p < 0,05$ ): <sup>1</sup> — між групами F20 та F23; <sup>2</sup> — між групами F20 та F25; <sup>3</sup> — між групами F23 та F25

Згідно з отриманими даними, за шкалою PANSS найвищий рівень клініко-психопатологічної симптоматики визначений при ППЕ шизофренії ( $86,7 \pm 1,76$ ), рівень важкості психопатологічних порушень при F20 та F25 був дещо нижчий та дорівнював ( $79,00 \pm 1,62$ ) та ( $77,8 \pm 1,57$ ) балів, відповідно.

У клінічній структурі ППЕ хворих усіх досліджуваних груп превалювала позитивна симптоматика над негативною, про що свідчать додатні значення композитного індексу, водночас в групі пацієнтів з F20 цей показник виявився найнижчим ( $4,16 \pm 0,26$ ), як порівняти з хворими на F23 ( $10,1 \pm 0,38$ ) та F25 ( $11,2 \pm 0,41$ ), при  $p \leq 0,03$  та  $p \leq 0,05$ , відповідно. Загалом позитивна симптоматика була провідною в структурі ППЕ в усіх варіантах досліджуваних розладів та дорівнювала за виразністю ( $24,33 \pm 1,17$ ) балів при F20, ( $23,9 \pm 1,25$ ) балів при F23 та ( $23,3 \pm 1,2$ ) при F25. Достовірних відмінностей в виразності позитивних симптомів між досліджуваними групами не виявлено.

У структурі позитивної симптоматики ППЕ F20 виразними виявлялися галюцинації ( $4,46 \pm 0,33$ ) та марення ( $4,28 \pm 0,3$ ), які доповнювались помірно вираженими симптомами збудження ( $3,84 \pm 0,21$ ), підозрілості ( $3,73 \pm 0,26$ ) та концептуальної дезорганізації мислення ( $3,65 \pm 0,27$ ).

При ППЕ F23 позитивна симптоматика була представлена вираженими маревними ідеями ( $4,6 \pm 0,33$ ), галюциаторною поведінкою ( $4,54 \pm 0,28$ ) та симптомами збудження ( $4,35 \pm 0,36$ ), які також доповнювались дезорганізацією мислення ( $3,52 \pm 0,25$ ) та персекуторними ідеями ( $3,42 \pm 0,25$ ), що не перевищували помірного рівня.

Структура позитивних симптомів ППЕ F25 характеризувалась домінуванням симптомів збудження ( $4,6 \pm 0,35$ ), марення ( $4,4 \pm 0,32$ ) та галюциаторної поведінки ( $4,3 \pm 0,3$ ), що поєднувались з персекуторними ідеями помірної виразності.

Прояви негативної симптоматики у хворих досліджуваних груп були менш вираженими, як порівняти з позитивною симптоматикою, водночас у хворих на F20 рівень негативної симптоматики був істотно вищий ( $20,16 \pm 1,32$ ), як порівняти з F23 та F25 ( $13,84 \pm 0,95$  та  $12,1 \pm 0,8$ , відповідно, при  $p \leq 0,05$ ). У структурі негативних симптомів ППЕ F20, які були представлені переважно помірним або слабким рівнем виразності, визначали помірного рівня пасивно-апатичну соціальну відгородженість ( $3,36 \pm 0,28$ ), збіднення контакту ( $3,24 \pm 0,26$ ) та емоційну відчуженість ( $3,2 \pm 0,25$ ), окрім того діагностували початкові, слабого, ближче до помірного рівня, порушення у вигляді недостатньої спонтанності/плавності мовлення ( $2,75 \pm 0,24$ ), стереотипного мислення ( $2,7 \pm 0,23$ ) та порушень абстрактного мислення ( $2,65 \pm 0,22$ ), а також слабкі прояви сплюснення афекту ( $2,26 \pm 0,18$ ). Водночас рівень усіх наведених в шкалі PANSS негативних симптомів у хворих на F20 був вищий, як порівняти з проявами ППЕ при F23 та F25, зокрема виразність порушень абстрактного мислення ( $2,65 \pm 0,22$ ) проти ( $1,46 \pm 0,14$ ) при F23

та ( $1,3 \pm 0,11$ ) при F25,  $p \leq 0,05$ ); зuboжіння контакту ( $3,24 \pm 0,26$ ) проти ( $1,9 \pm 0,16$ ) з F23 та ( $2,1 \pm 0,18$ ) F25,  $p \leq 0,05$ ); емоційної відчуженості та сплюснення афекту ( $3,2 \pm 0,25$  та  $2,26 \pm 0,18$ ) проти ( $1,65 \pm 0,15$  та  $0,8 \pm 0,1$ ) при F25,  $p \leq 0,05$ )).

Негативна симптоматика при ППЕ F23 була незначно вираженою та представлена слабкими проявами соціальної відгородженості ( $2,5 \pm 0,21$ ), емоційної відчуженості ( $2,45 \pm 0,23$ ) та недостатності спонтанності/плавності мовлення ( $2,18 \pm 0,18$ ). Порушення мислення та його стереотипність були дуже слабо виражені або їх не було.

Негативні симптоми при ППЕ F25 також були слабо вираженими, серед них найбільші значення мали соціальні прояви у вигляді пасивно-апатичної соціальної відгородженості ( $2,64 \pm 0,2$ ) та зuboжіння контакту ( $2,1 \pm 0,18$ ).

Загальна психопатологічна симптоматика (G) за виразністю в досліджуваних групах достовірно не відрізнялась та дорівнювала при ППЕ F20 — ( $43,2 \pm 2,16$ ) балів, F23 — ( $41,25 \pm 1,76$ ) балів та F25 — ( $42,4 \pm 1,9$ ) балів. Певні відмінності між досліджуваними групами виявлено в структурі загальної психопатологічної симптоматики. Зокрема, при ППЕ F20 на помірному рівні визначено ознаки неприродності змісту мислення ( $4,16 \pm 0,33$ ), що було достовірно ( $p \leq 0,05$ ) вище ніж при F25 ( $2,75 \pm 0,23$ ); зниження критичності ( $4,1 \pm 0,32$ ) та тривожності ( $3,5 \pm 0,27$ ); на слабкому рівні виразності були іпохондричні ідеї ( $3,2 \pm 0,28$ ), аутизація ( $3,2 \pm 0,27$ ) та відхід від соціальних контактів ( $3,27 \pm 0,28$ ).

Серед загальних психопатологічних проявів ППЕ F23 найвиразнішими, на рівні вищому за помірний були прояви тривожності ( $4,35 \pm 0,35$ ); помірному рівню відповідали прояви у вигляді зниження критики ( $3,75 \pm 0,29$ ) та на слабкому рівні визначались прояви дезорієнтації ( $3,26 \pm 0,25$ ), неприродності змісту мислення ( $3,24 \pm 0,23$ ) та фізичної напруги ( $3,0 \pm 0,26$ ).

У структурі загальної психопатологічної симптоматики ППЕ при F25 домінували депресивні прояви на рівні вище помірної виразності ( $3,75 \pm 0,27$ ), які були достовірно вищими, ніж при F20 ( $2,4 \pm 0,18$ ) та F23 ( $2,62 \pm 0,2$ ), при  $p \leq 0,05$ , а також тривожні розлади ( $3,76 \pm 0,29$ ), фізична напруга ( $3,6 \pm 0,3$ ) та імпульсивність ( $3,4 \pm 0,23$ ).

Отримані результати свідчать, що в структурі ППЕ обстежених превалює позитивна симптоматика, яка представлена переважно ідеями марення та галюцинаціями, вираженими на рівні вищому за помірний. Особливістю психопатологічної структури ППЕ F20 є підвищення рівня негативної симптоматики, як порівняти з іншими варіантами ППЕ, що представлена початковими слабкими або помірними проявами. Характерними ознаками ППЕ F23 є наявні в клінічній структурі прояви збудження та тривожності, що вищі за помірний рівень. Специфікою клініко-психопатологічних проявів ППЕ F25 є виразні симптоми збудження, а також тривожні та депресивні прояви помірного рівня.

Для дослідження особливостей соціального та особистісного функціонування хворих при ППЕ використовували шкалу PSP. На рисунку 1 відображено загальний рівень соціально-особистісного функціонування в групах обстежених. При ППЕ в усіх групах дослідження визначено істотні ускладнення в соціально-особистісному функціонуванні (діапазон оцінок — від 31 до 70 балів), найбільш виражені при ППЕ F20 ( $43,5 \pm 3,42$  балів) та F23 ( $42,7 \pm 3,29$  балів). Рівень соціального функціонування хворих з ППЕ F25 був дещо вищий та дорівнював  $54,2 \pm 3,85$  бали.

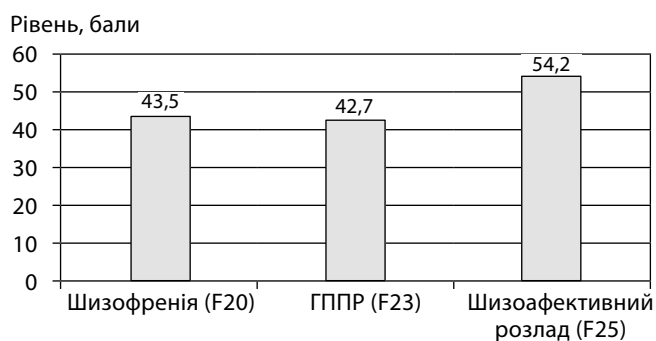


Рис. 1. Рівень соціально-особистісного функціонування в групах обстежених (загальний рівень за шкалою PSP)

Щодо рівня ускладнень за окремими сферами функціонування (доменами шкали PSP), згідно з отриманими даними (рис. 2), у хворих з ППЕ всіх досліджуваних груп найбільш ускладненими виявлені сфери соціально-корисної діяльності та соціальних відносин. Найбільш виражені ускладнення в цих сферах були при ППЕ F20 та F23 та дорівнювали або наближались до рівня ускладнень, які перешкоджають виконанню функцій в цій сфері та часто потребують допомоги з відновлення функціонування.

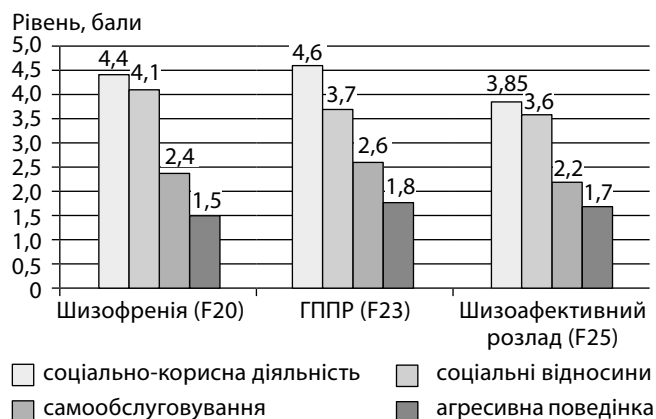


Рис. 2. Аналіз рівня ускладнень соціально-особистісного функціонування хворих досліджуваних груп за доменами шкали PSP

Задля досліджування динаміки стану хворих з ППЕ в короткостроковій перспективі оцінювали загальний ступінь поліпшення стану за шкалою CGI-I, а також редукції психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS та відновлення соціально-особистісного функціонування за шкалою PSP за результатами стаціонарного лікування. Для визначення показників редукції обчислювали різницю між початковими даними та результатами обстеження за результатами лікування в стаціонарі. Показники динаміки стану хворих в довгостроковому аспекті включали розрахунок середньої тривалості ремісії після першої госпіталізації та кількість епізодів загострення протягом двох років після первинної госпіталізації (за результатами катamnестичного аналізу історій хвороби). Узагальнені показники динаміки стану хворих з ППЕ наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники динаміки стану хворих при ППЕ за результатами стаціонарного лікування та даними катamnестичного аналізу

Показник	Шизофренія (F20) (n = 53)	ГППР (F23) (n = 96)	Шизоафективний розлад (F25) (n = 28)
Редукція психопатологічної симптоматики (за PANSS), бали	$26,2 \pm 1,13^{1,2}$	$37,45 \pm 1,39$	$34,65 \pm 1,27$
Відновлення соціально-особистісного функціонування (за PSP), бали	$22,3 \pm 1,21$	$31,5 \pm 1,42^1$	$26,5 \pm 1,26$
Загальний ступінь поліпшення стану (за CGI-I), бали	$1,8 \pm 0,15$	$1,53 \pm 0,12$	$1,46 \pm 0,11$
Середня тривалість ремісії після першої госпіталізації, місяці	$7,23 \pm 0,68^{1,2}$	$9,7 \pm 0,82$	$10,5 \pm 0,94$
Кількість (абсолютна) епізодів загострення протягом двох років	$2,8 \pm 0,33^1$	$1,6 \pm 0,18$	$2,3 \pm 0,21$

Найбільшу позитивну динаміку у відновленні хворих з ППЕ завдяки редукції психопатологічної симптоматики за результатами стаціонарного лікування визначено при ППЕ з F23 ( $37,45 \pm 1,39$ ) та F25 ( $34,65 \pm 1,27$ ), яка була достовірно ( $p \leq 0,05$ ) вищою, ніж при ППЕ F20 ( $26,2 \pm 1,13$ ). Аналогічну динаміку визначено і в показниках соціально-особистісного відновлення, найвищий рівень якого виявлено при ППЕ з F23 ( $31,5 \pm 1,42$ ), відмінності статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ) як порівняти з F20 ( $22,3 \pm 1,21$ ). У хворих при ППЕ з F25 рівень відновлення соціального функціонування дорівнював  $26,5 \pm 1,26$  балів. За шкалою CGI-I також визначено більш виражене поліпшення стану у хворих з ППЕ F25 ( $1,46 \pm 0,11$ ) та F23

( $1,53 \pm 0,12$ ), у хворих на F20 показник поліпшення стану був дещо нижчий та становив ( $1,8 \pm 0,15$ ) балів. Найбільшу тривалість ремісії при ППЕ визначено у хворих на F25 ( $10,5 \pm 0,94$  місяців) та F23 ( $9,7 \pm 0,82$ ), тоді як в групі хворих на F20 тривалість ремісії після першої госпіталізації була набагато коротшою та становила ( $7,23 \pm 0,68$ ) місяців, при  $p \leq 0,05$  як порівняти з F25. За кількістю епізодів загострення протягом перших двох років після першої госпіталізації найвищі показники визначено у хворих на F20 ( $2,8 \pm 0,33$ ), найнижчі — у хворих на F23 ( $1,6 \pm 0,18$ ), при  $p \leq 0,05$  як порівняти F20 та F23, при F25 середня кількість епізодів становила ( $2,3 \pm 0,21$ ). Водночас у хворих на F23 в деяких випадках при наявних епізодах

загострення та за браком помітної редукції симптоматики відбувалась трансформація діагнозу на шизофренію (в  $34,38 \pm 2,93$  % випадків).

Загалом, аналіз показників динаміки стану хворих з ППЕ свідчить про несприятливий як короткостроковий, так і тривалий прогноз відновлення при шизофренії. Прогноз відновлення при ГППР та шизоафективному розладі виявляється більш сприятливим.

Для визначення наявності та специфіки зв'язків між клініко-психопатологічними проявами ППЕ та рівнем відновлення хворих проведено їх кореляційний аналіз. Достовірні кореляції отримано:

— між балом CGI-I та рівнем виразності негативної симптоматики ( $r = 0,52$ ), зокрема рівнем порушень абстрактного мислення ( $r = 0,44$ ) та зuboжіння контакту ( $r = 0,41$ ). Тобто поліпшення стану хворих при ППЕ асоційоване передусім з низьким рівнем виразності негативної симптоматики.

— між тривалістю ремісії та композитним індексом ( $r = 0,47$ ), тобто чим більш виразною є позитивна симптоматика, як порівняти з негативною, тим тривалішою виявляється ремісія.

— між кількістю епізодів загострення протягом двох років спостереження та рівнем негативної симптоматики ( $r = 0,54$ ), а також відмовою від співпраці ( $r = 0,46$ ), тобто висока частота загострень асоційована передусім з виразністю негативної симптоматики та наявністю проявів відмови від співпраці.

Підбиваючи підсумки проведеного дослідження, слід зазначити, що прогноз відновлення при ППЕ обумовлює форма психотичного розладу, а також виразність та структурні особливості психопатологічної симптоматики. Прогностично більш несприятливий варіант щодо відновлення при ППЕ — F20. Позитивний прогноз відновлення можливий у випадку, коли немає негативної симптоматики, зокрема порушень мислення, проявів соціального уникнення (відгородженості, збіднення контактів), емоційної відчуженості. І навпаки, негативними критеріями прогнозу відновлення при ППЕ є наявні означені негативні симптоми в структурі психопатологічної симптоматики та відмова від співпраці.

### Список літератури

- Shiers D. Early intervention for first episode psychosis / D. Shiers, H. Lester // *British Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 328. No. 6. P. 1451—1452. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1451.
- Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / под редакцией И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. Москва : ИД «Медпрактика-М», 2010. 544 с.
- Шизофренія сьогодні: наскільки важливо зважати на перспективу пацієнта? URL: <https://ukraine.progress.im/uk>.
- Ранне втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми) / за ред.: П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В., 2019. 335 с.
- Осокина О. И. Первый психотический эпизод (обзор проблемы) // *Архив клинической та экспериментальной медицины*. 2013. Т. 22, № 2. С. 249—253.
- Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years / N. Albert, M. Bertelsen,

A. Thorup [et al.] // *Schizophrenia Research*. 2011. Vol. 125. P. 257—266. DOI: 10.1016/j.schres.2010.10.013.

7. Марута Н. О. Перший епізод психозу (сучасні принципи діагностики та лікування) : методичні рекомендації / Н. О. Марута, А. М. Бачериков. Харків, 2001. 20 с.

8. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. Москва, 2001. 238 с.

9. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000. No. 101. P. 323—329. PMID: 10782554.

10. Busner J. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice / J. Busner, S. D. Targum // *Psychiatry (Edgmont)*. 2007. No. 4 (7). P. 28-37. PMID: 20526405;

### References

- Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1451-2. doi: 10.1136/bmj.328.7454.1451. PMID: 15205272; PMCID: PMC428504.
- Pervyy psikhoticheskiy epizod (problemy i psikhiatricheskaya pomoshch)* / pod redaktsiyey I. Ya. Gurovicha, A. B. Shmuklera. Moskva : ID "Medpraktika-M", 2010. 544 s. (In Russian).
- Shyzofreniia sodayni: naskilky vazhlyvo zvazhaty na perspektyvu patsiyenta?* URL: <https://ukraine.progress.im/uk>. (In Ukrainian).
- Rannie vtruchannia v psykhoz (novi diahnostychni ta terapevtychni paradyhmy)* / za red.: P. V. Voloshyna, N. O. Maruty. Kharkiv : Strokov D. V., 2019. 335 s. (In Ukrainian).
- Osokina O. I. Pervyy psikhoticheskiy epizod (obzor problemy). *Arkhiv klinichnoi ta eksperymentalnoi medytsyny*. 2013. T. 22, № 2. S. 249—253. (In Russian).
- Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2-3):257-66. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.013. Epub 2010 Nov 5. PMID: 21056926.
- Maruta N. O. *Pershyy epizod psykhozu (suchasni pryntsyppy diahnostryky ta likuvannia)* : metodychni rekomendatsii / N. O. Maruta, A. M. Bacherykov. Kharkiv, 2001. 20 s. (In Ukrainian).
- Mosolov S. N. *Shkaly psikhometricheskoy otsenki simptomatiki shyzofrenii i kontseptsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv*. Moskva, 2001. 238 s. (In Russian).
- Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Apr;101(4):323-9. PMID: 10782554.
- Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 Jul;4(7):28-37. PMID: 20526405; PMCID: PMC2880930.

Надійшла до редакції 19.05.2023

**КОСОВСЬКИЙ Володимир Вікторович**, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна; e-mail: kosovsky\_vovi@tdmu.edu.ua

**KOSOVSKYI Volodymyr**, Postgraduate Student of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the I. Horbachevsky's Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: kosovsky\_vovi@tdmu.edu.ua