

**В. В. Косовський**

## ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИХОДУ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ

*V. V. Kosovskyi*

### PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE OUTCOME OF THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

**Ключові слова:** первинний психотичний епізод, прогноз, вихід, діагностичні маркери

**Key words:** primary psychotic episode, prognosis, outcome, diagnostic markers

На підставі обстеження 177 пацієнтів з першим психотичним епізодом (F20 — 53 особи; F23 — 96 осіб та F25 — 28 осіб) та поділу їх за критерієм відповіді на терапію на дві групи порівняння (група з симптоматичною ремісією та група з «залишковою» симптоматикою) проведено частотний аналіз їх клініко-психопатологічних, патопсихологічних та нейропсихологічних характеристик та визначено діагностичні маркери позитивного та негативного прогнозу виходу першого психотичного епізоду.

Встановлено, що позитивний прогноз виходу зумовлюють, передусім, клініко-анамнестичні та патопсихологічні особливості, тоді як на негативний прогноз вказують клініко-анамнестичні та клініко-психопатологічні ознаки.

Based on the examination of 177 patients with a first psychotic episode (F20 — 53 individuals; F23 — 96 people and F25 — 28 people) and dividing them according to the criterion of response to therapy into two comparison groups (a group with symptomatic remission and a group with "residual" symptoms), a frequency analysis of their clinical and psychopathological, pathopsychological and neuropsychological characteristics and diagnostic markers of positive and negative prognosis of the outcome of the first psychotic episode were determined.

It has been established that a positive prognosis of the outcome is determined, first of all, by clinical and anamnestic and pathopsychological features, while a negative prognosis is indicated by clinical and anamnestic and clinical and psychopathological features.

Поширеність психозів, за даними епідеміологічних досліджень, становить 23,6 млн осіб, за рівнем інвалідності психози посідають 11 місце серед усіх захворювань, а ризик смерті при них є удвічі вищий, ніж у загальній популяції [1; 2]. Близько 70 % хворих на психоз, незважаючи на проведену терапію, страждають від рецидивів або резидуальних симптомів [3; 4]. У сучасних концепціях психозу виокремлюють декілька стадій його розвитку: преморбід, продром, перший психотичний епізод (ППЕ) та стадію клінічного розвитку психозу з загостреннями та ремісіями [2; 3]. Основною стратегією лікування психозів на сьогодні визначена потреба раннього виявлення та своєчасного медичного втручання саме на початкових етапах психозу, до яких належать преморбід, продром та ППЕ [1—4]. В практичній площині найбільш ймовірним та можливим для встановлення діагнозу та початку терапії є ППЕ. Саме ППЕ є однією з ланок динамічного перебігу психотичного розладу, який знаменує пік психотичної фази хвороби. Його параметри взаємопов'язані з перебігом хвороби на доманіфестному етапі і є потенційними предикторами подальшого перебігу психозу та його виходу [2]. Критерії динаміки та виходу ППЕ є велими важливими для вибору терапевтичної тактики, покращення прогнозу та відновлення соціального функціонування пацієнтів, тому потребують наукового визначення та дослідження.

Мета дослідження: на підставі комплексного вивчення клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, клініко-динамічних, патопсихологічних та нейрокогнітивних особливостей пацієнтів з ППЕ виокремити критерії прогнозу виходу ППЕ.

Обстежено 177 пацієнтів з ППЕ, з яких 53 пацієнти з діагнозом шизофренія (F20), 96 осіб — з гострим поліморфним психотичним розладом (F23) та 28 осіб — з шизоафективним розладом (F25).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (шкала оцінки позитивних та негативних синдромів — Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS (M. Opler, 2020); шкала оцінки негативних симптомів — Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS (Andreasen N. C., 1989), коротка оціночна психіатрична шкала — Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS (Overall J. E., Gorham D. R., 1988), субшкала CGI-I шкали загального клінічного враження — Clinical Global Impression Scale, CGI (Busner J., Targum S. D., 2007), шкала оцінки особистісного та соціального функціонування психічно хворих — Personal and Social Performance Scale — PSP (Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L. et al., 2000); психодіагностичний (методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (Вассерман Л. І., 1991), шкала оцінки медикаментозного комплаєнсу (Лутова Н. Б. та співавт., 2007), шкала толерантності до невизначеності (S. Budner, в адаптації А. Г. Солдатової, 2008), опитувальник ригідності (Залевський Г. В., 1993), опитувальник когнітивної регуляції емоцій — Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ (Garnefski N., Kraaij V., 2007), модифікована Аденбрукська когнітивна шкала — Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, ACE-R (Larner A. J., Mitchell A. J., 2014); та клініко-катамнестичний (аналіз медичної документації, опитування пацієнтів, їхніх родичів і найближчого оточення) [5—15].

Для визначення прогностичних критеріїв виходу ППЕ в кожній групі дослідження пацієнти були по-

ділені на дві підгрупи за критерієм відповіді на терапію за результатами стаціонарного лікування. Першу підгрупу становили пацієнти з симптоматичною ремісією (рівень вираженості негативних або продуктивних симптомів за результатами лікування не більш як 3 бали за шкалою PANSS), другу — пацієнти, з наявною «залишковою» продуктивною або негативною симптоматикою (> 3 балів за PANSS). Згідно з проведеним поділом, серед пацієнтів з ППЕ при F20 симптоматичної ремісії досягли 29 осіб (54,72 %), в групі пацієнтів з ППЕ при F23 — 57 осіб (59,38 %), а з ППЕ та F25 — 22 особи (78,57 %). За даними порівняльного аналізу встановлено, що при ППЕ (F25) визначався достовірно більш позитивний вихід захворювання за результатами стаціонарного лікування, як порівняти з ППЕ (F20) та ППЕ (F23),  $p \leq 0,02$  та  $p \leq 0,03$ , відповідно.

З метою визначення діагностичних маркерів прогнозу виходу ППЕ проведено частотний аналіз клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних та нейропсихологічних характеристик за процедурою послідовного статистичного аналізу А. Вальда в модифікації Є. В. Гублера. Порівнювали між собою виокремлені за критерієм відповіді на терапію підгрупи: підгрупа з симптоматичною ремісією та підгрупа з «залишковою» симптоматикою в межах представлених нозологічних груп. Складники прогностичних маркерів визначали, обчислюючи діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (МІ) для кожної з досліджуваних ознак із подальшим формуванням зведених диференціально-діагностичних таблиць, де наведено лише статистично значущі ознаки, частоти представленості яких в групах порівняння достовірно відрізнялись ( $p < 0,05$ ). Для кожної нозологічної форми ППЕ обчислено окремо ознаки позитивного та негативного прогнозу.

### Діагностичні ознаки-маркери прогнозу виходу ППЕ при шизофренії (F20)

Згідно з отриманими даними, достовірного рівня диференційованості позитивного прогнозу виходу ППЕ при F20 лише за сукупністю клінічних ознак не можна досягти ( $\Sigma ДК < 13$ ,  $p > 0,05$ ) та потрібно доповнення патопсихологічними та нейрокогнітивними маркерами.

Як ознаки позитивного прогнозу виходу ППЕ (F20) виокремлено такі: *серед клінічних ознак* — початок продрому після 20 років (ДК = 4,41, МІ = 0,48), відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування (ДК = 4,41, МІ = 0,48), та наявність позитивного композитного індексу ( $P - N > 10$ , за PANSS), тобто значне переважання продуктивної симптоматики над негативною (ДК = 2,77, МІ = 0,36); *серед патопсихологічних ознак* — знижений рівень актуальної ригідності (ДК = 2,71, МІ = 0,45), позитивне ставлення близького оточення до лікування (ДК = 3,16, МІ = 0,41), низький рівень соціальної фрустрованості (ДК = 2,77, МІ = 0,38), задоволеність власним соціальним статусом (ДК = 2,42, МІ = 0,34), наявність стратегії «фокусування на плануванні» для регулювання емоцій (ДК = 2,19, МІ = 0,33), знижений рівень інтолерантності щодо нерозв'язності проблеми (ДК = 1,99, МІ = 0,26) та наявність терапевтичного альянсу (ДК = 1,76, МІ = 0,29); *серед нейрокогнітивних ознак* — розуміння усної мови (ДК = 4,34, МІ = 1,13); високий рівень безпосереднього відтворення (ДК = 2,13, МІ = 1,09); високі показники семантичної мовної активності (ДК = 3,25, МІ = 1,01); відсутність порушень в орієнтуванні в просторі (ДК = 4,13, МІ = 0,77) і часі (ДК = 2,78, МІ = 0,34); помірний рівень концентрації уваги (ДК = 2,66, МІ = 0,13) та відсутність порушень у сприйнятті (ДК = 1,78, МІ = 0,08) (табл. 1).

Таблиця 1. Діагностичні ознаки прогнозу виходу ППЕ при шизофренії (F20)

Ознаки		Градація ознаки	$p$	ДК	МІ
<b>Ознаки позитивного прогнозу</b>					
клінічні	Початок продрому після 20 років	+	0,048	4,41	0,48
	Позитивний композитний індекс ( $P - N$ ) за PANSS	> 10	0,038	2,77	0,36
	Відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування (PSP)	< 30	0,048	4,41	0,48
	Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак		> 0,05	11,59	1,32
патопсихологічні	Позитивне ставлення близького оточення до лікування	3	0,035	3,16	0,41
	Низький рівень соціальної фрустрованості	< 3	0,038	2,77	0,36
	Задоволеність власним соціальним статусом	< 3	0,028	2,42	0,34
	Високий рівень терапевтичного альянсу	2	0,001	1,76	0,29
	Наявність толерантності до невизначеності (TAS)	< 4	0,033	1,99	0,26
	Переважає «фокусування на плануванні» як стратегія регулювання емоцій	+	0,02	2,19	0,33
	Низький рівень актуальної ригідності	< 18	0,01	2,71	0,45
	Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак		$\leq 0,05$	17,00	2,44

	Ознаки	Градація ознаки	p	ДК	МІ
нейрокогнітивні	Розуміння усної мови	+	0,001	4,34	1,13
	Високий рівень безпосереднього відтворення	+	0,006	2,13	1,09
	Високі показники семантичної мовної активності	+	0,013	3,25	1,01
	Відсутність порушень в орієнтуванні в просторі	+	0,000	4,13	0,77
	Відсутність порушень в орієнтуванні у часі	+	0,002	2,78	0,34
	Помірний рівень концентрації уваги	+	0,013	2,66	0,13
	Відсутність порушень у сприйнятті	+	0,023	1,78	0,08
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>			≤ 0,01	21,07
<b>Ознаки негативного прогнозу</b>					
клінічні	Ранній початок продрому (до 16 років)	+	0,045	3,33	0,4
	Соціальна ізоляція та усамітнення в проявах продромального періоду	+	0,017	5,20	0,75
	Зниження енергії, волі в проявах продромального періоду	+	0,02	4,30	0,61
	Наявна негативна симптоматика (ΣN за PANSS)	> 20	0,042	2,45	0,31
	Порушення абстрактного мислення (N5 за PANSS)	> 3	0,045	3,33	0,4
	Прояви збіднення контактів (N3 за PANSS)	> 3	0,38	2,77	0,36
	Сплющення афекту (N1 за PANSS)	> 3	0,37	3,95	0,49
	Наявні апато-абулічні порушення (суб'єктивна оцінка за шкалою SANS)	> 3	0,02	3,03	0,45
	Наявність ознак негативної симптоматики (за шкалою SANS)	> 50	0,035	3,16	0,41
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак</i>			≤ 0,001	31,52
патопсихологічні	Низький рівень усвідомлення власної хвороби	≤2	0,02	4,25	0,61
	Негативне ставлення близького оточення до лікування	≤2	0,018	5,59	0,76
	Наявність сумнівів та побоювань щодо психотропної дії препарату	≤4	0,033	2,93	0,39
	Наявність когнітивних порушень (ACE-R)	< 88	0,02	3,83	0,56
	Високий рівень інтолерантності	> 5	0,016	3,04	0,48
	Підвищений рівень інтолерантності до новизни виниклої проблеми	> 5	0,001	3,70	0,23
	Переважаюча «катастрофізація» в структурі стратегій регулювання емоцій	+	0,035	3,16	0,41
	Високий рівень загальної ригідності	> 125	0,03	2,74	0,37
	Високий рівень преморбідної ригідності	> 39	0,018	3,25	0,50
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак</i>			≤ 0,001	32,49
нейрокогнітивні	зниження семантичної мовної активності	+	0,000	4,13	1,47
	зниження відтермінованого відтворення	+	0,018	2,16	1,34
	зниження фонетичної мовної активності	+	0,008	3,34	1,13
	зниження концентрації уваги	+	0,013	1,13	1,01
	порушення в орієнтуванні в просторі	+	0,000	5,12	0,93
	зниження відтермінованого впізнання	+	0,012	2,11	0,74
	порушення орієнтування у часі	+	0,021	1,13	0,34
	зниження розуміння	+	0,019	1,76	0,11
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>			≤ 0,01	20,88

Примітки. ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності Кульбака

Як видно з отриманих даних, диференційованість позитивного прогнозу ППЕ при F20 зумовлюють здебільшого патопсихологічні та нейрокогнітивні маркери, клініко-психопатологічні маркери мають більшу представленість та вагу в диференціюванні негативного прогнозу. Зокрема, достовірна

диференційованість негативного прогнозу виходу ППЕ при F20 можлива вже за наявності як мінімум трьох перших означених в таблиці клінічних ознак.

Загалом маркерами негативного прогнозу виходу ППЕ при F20 виступали такі: серед клінічних

ознак — соціальна ізоляція та усамітнення в проявах продромального періоду (ДК = 5,20, MI = 0,75), зниження енергії, волі в проявах продромального періоду (ДК = 4,30, MI = 0,61) та наявні ознаки сплюснення афекту в клінічній картині ППЕ (ДК = 3,95, MI = 0,49), ранній початок продрому (до 16 років) (ДК = 3,33, MI = 0,4); прояви негативної симптоматики (> 20 балів за PANSS) (ДК = 2,45, MI = 0,31) або ознаки негативної симптоматики (> 50 балів за шкалою SANS) (ДК = 3,16, MI = 0,41); і зокрема ознаки сплюснення афекту (N1 > 3 балів за PANS) (ДК = 3,95, MI = 0,49), порушень абстрактного мислення (N5 > 3 балів за PANS) (ДК = 3,33, MI = 0,4), проявів збіднення контактів (N3 > 3 балів за PANS) (ДК = 2,77, MI = 0,36) та наявність апато-абулічного синдрому (суб'єктивна оцінка за шкалою SANS > 3 балів) (ДК = 3,03, MI = 0,45); *серед патопсихологічних ознак* — негативне ставлення близького оточення до лікування (ДК = 5,59, MI = 0,76), низький рівень усвідомлення власної хвороби (ДК = 4,25, MI = 0,61) та наявність когнітивних порушень (ДК = 3,83, MI = 0,56), наявність сумнівів та побоювань щодо психотропної дії препарату (ДК = 2,93, MI = 0,39), високий рівень інтолерантності (ДК = 3,04, MI = 0,48), і зокрема, підвищений рівень інтолерантності до новизни виниклої проб-

леми (ДК = 3,70, MI = 0,23), виразність «катастрофізації» як стратегії регулювання емоцій (ДК = 3,16, MI = 0,41), високий рівень загальної (ДК = 2,74, MI = 0,37) та преморбідної (ДК = 3,25, MI = 0,50) ригідності; *серед нейрокогнітивних ознак* — зниження семантичної (ДК = 4,13, MI = 1,47) і фонетичної (ДК = 3,34, MI = 1,13) мовної активності; зниження відтермінованого відтворення (ДК = 2,16, MI = 1,34) і впізнання (ДК = 2,11, MI = 0,74); зниження концентрації уваги (ДК = 1,13, MI = 1,01); порушення в орієнтуванні в просторі (ДК = 5,12, MI = 0,93) і часі (ДК = 1,13, MI = 0,34) та зниження розуміння (ДК = 1,76, MI = 0,11).

**Діагностичні ознаки-маркери прогнозу виходу ППЕ при гострому поліморфному психотичному розладі (F23)**

При ППЕ (F23) достовірна диференційованість позитивного прогнозу також не може бути досягнута визначенням лише клінічних ознак. Для достовірної диференційованості потрібна сукупність клінічних, патопсихологічних або нейрокогнітивних ознак, водночас інформативність патопсихологічних та нейрокогнітивних ознак виявляється більш високою та може в сукупності досягати достовірних значень (табл. 2).

Таблиця 2. Діагностичні ознаки прогнозу виходу ППЕ при F23

	Ознаки	Градація ознаки	p	ДК	MI
<b>Ознаки позитивного прогнозу</b>					
клінічні	Коротка тривалість продрому (до 6-ти місяців)	+	0,015	2,03	0,23
	Низький рівень виразності негативної симптоматики ( $\Sigma N$ за PANSS)	< 14	0,01	1,04	0,1
	Відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування в сфері соціальних відносин (PSP)	< 3	0,012	1,46	0,16
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак</i>		> 0,05	3,00	0,49
патопсихологічні	Зацікавленість в прийманні ліків	3	0,02	1,27	0,13
	Позитивне ставлення близького оточення до лікування	2	0,001	1,83	0,27
	Невдоволеність власним станом (фізичним та емоційним)	> 3	0,026	2,70	0,39
	Переважає стратегія «розгляд у перспективі» як стратегія регулювання емоцій	+	0,03	2,61	0,25
	Низький рівень преморбідної ригідності	< 20	0,028	3,36	0,30
	Низький рівень загальної ригідності	< 62	0,043	3,40	0,26
	Наявність толерантності до невизначеності (TAS)	< 5	0,01	3,79	0,41
	Низький рівень інтолерантності до нерозв'язності проблеми	< 5	0,048	2,69	0,21
<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак</i>		≤ 0,001	21,65	2,22	
нейрокогнітивні	Збережене орієнтування в просторі	+	0,000	3,13	1,64
	Збережене орієнтування у часі	+	0,003	1,34	1,13
	Висока концентрація уваги	+	0,019	2,45	1,01
	Збереженість зорово-просторових функцій	+	0,000	5,11	0,34
	Високий рівень розуміння	+	0,002	4,12	0,13
	Високий рівень сприйняття	+	0,003	1,78	0,11
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>		≤ 0,05	17,93	4,36

Ознаки		Градація ознаки	<i>p</i>	ДК	МІ	
<b>Ознаки негативного прогнозу</b>						
клінічні	Тривалість продрому більше року	+	0,033	2,62	0,23	
	Вік початку продрому до 16 років	+	0,037	4,20	0,30	
	Проблеми з фокусуванням та увагою в проявах продрому	+	0,02	4,28	0,38	
	Недостатність суджень та критики (G12 за PANSS)	> 3	0,033	1,22	0,11	
	Пасивно-апатична соціальна відгородженість (N4 за PANSS)	> 3	0,029	1,65	0,16	
	Аутизація (G15 за PANSS)	> 3	0,03	2,13	0,20	
	Наявність проявів ангедонії-асоціальності (за шкалою SANS)	> 3	0,04	1,88	0,16	
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак</i>			≤ 0,05	17,98	1,54
патопсихологічні	Незадоволеність найближчим соціальним оточенням	> 3	0,016	2,32	0,26	
	Незадоволеність соціально-економічним станом	> 3	0,046	1,31	0,11	
	Наявність когнітивних порушень (ACE-R)	< 88	0,01	2,57	0,31	
	Наявність порушень уваги та концентрації	+	0,028	1,85	0,18	
	Високий рівень загальної ригідності	> 125	0,026	2,49	0,24	
	Високий рівень преморбідної ригідності	> 39	0,037	1,87	0,17	
	Низький рівень комплаєнсу	< 20	0,027	3,25	0,28	
	Низький рівень соціальної підтримки	≤ 1	0,037	2,70	0,22	
	Превалювання стратегії звинувачення інших як стратегії регулювання емоцій	+	0,033	2,62	0,23	
	Високий рівень інтолерантності до сприйняття нерозв'язності проблеми	> 7	0,043	1,65	0,14	
	Підвищений та високий рівні інтолерантності до невизначеності	> 5	0,036	1,87	0,17	
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак</i>			≤ 0,01	24,5	2,31
	нейрокогнітивні	Зниження концентрації уваги	+	0,004	2,11	1,24
Зниження фонетичної мовної активності		+	0,001	3,15	1,08	
Зниження відтермінованого відтворення		+	0,016	2,67	1,01	
Зниження зорово-просторових функцій		+	0,025	1,34	0,07	
Зниження відтермінованого впізнання		+	0,021	1,78	0,06	
Порушення орієнтуванні в просторі		+	0,013	2,46	0,03	
<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>			≤ 0,01	13,51	3,49	

Позитивний прогноз виходу ППЕ при F23 зумовлюють такі ознаки: *клінічні* — тривалість продрому до шести місяців (ДК = 2,03, МІ = 0,23); низький рівень виразності негативної симптоматики ( $\Sigma N < 14$  за PANSS) (ДК = 1,04, МІ = 0,1); відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування в сфері соціальних відносин ( $\Sigma PSP < 3$ ) (ДК = 1,46, МІ = 0,16); *патопсихологічні* — наявність толерантності до невизначеності (ДК = 3,79 МІ = 0,41), невдоволеність/фрустрованість власним станом (фізичним та емоційним) (ДК = 2,70, МІ = 0,39), низький рівень преморбідної ригідності (ДК = 3,36, МІ = 0,30), позитивне ставлення близького оточення до лікування (ДК = 1,83, МІ = 0,27), низький рівень загальної ригідності (ДК = 3,40, МІ = 0,26), переважання стратегії «розгляд у перспективі» як стратегії регулювання емоцій (ДК = 2,61, МІ = 0,25), низький рівень інтолерантності до нерозв'язності проблеми (ДК = 2,69, МІ = 0,21) та зацікавленість пацієнта в прийманні

ліків (ДК = 1,27, МІ = 0,13); та *нейрокогнітивні* — збережені орієнтування в просторі (ДК = 3,13, МІ = 1,64) і часі (ДК = 1,34, МІ = 1,13), висока концентрація уваги (ДК = 2,45, МІ = 1,01), збереженість зорово-просторових функцій (ДК = 5,11, МІ = 0,34), високий рівень розуміння (ДК = 4,12, МІ = 0,13) та сприйняття (ДК = 1,78, МІ = 0,11).

Диференціювання негативного прогнозу виходу ППЕ при F23 є можливою при наявності як окремо клінічних ознак, так і окремо патопсихологічних і нейропсихологічних ознак або в їх сукупності, що може значно підвищити достовірність рівня диференційованості.

Ознаки негативного прогнозу виходу ППЕ при F23 включали такі маркери: *клінічні* — проблеми з фокусуванням та увагою в проявах продрому (ДК = 2,62, МІ = 0,23), вік початку продрому до 16 років (ДК = 4,20, МІ = 0,30), тривалість продрому більше року (ДК = 4,28, МІ = 0,38), аутизація (G15 > 3

за PANSS) (ДК = 2,13, MI = 0,20), наявність проявів ангедонії-асоціальності (за шкалою SANS > 3) (ДК = 1,88, MI = 0,16), пасивно-апатична соціальна відгородженість (N4 > 3 за PANSS) (ДК = 1,65, MI = 0,16) та недостатність суджень та критики (G12 > 3 за PANSS) (ДК = 1,22, MI = 0,11); *патопсихологічні* — наявність когнітивних порушень (ACE-R) (ДК = 2,57, MI = 0,31); низький рівень комплаєнсу (ДК = 3,25, MI = 0,28); наявність фрустрованості найближчим соціальним оточенням (ДК = 2,32, MI = 0,26); високий рівень загальної ригідності (ДК = 2,49, MI = 0,24); превалювання стратегії звинувачення інших як стратегії регулювання емоцій (ДК = 2,62, MI = 0,23); низький рівень соціальної підтримки (ДК = 2,70, MI = 0,22); наявність порушень уваги та концентрації (ДК = 1,85, MI = 0,18); високий рівень преморбідної ригідності (ДК = 1,87, MI = 0,17); підвищений та високий рівні інтолерантності до невизначеності (ДК = 1,87, MI = 0,17); високий рівень інтолерантності до сприйняття нерозв'язності проблеми (ДК = 1,65, MI = 0,14) та невдоволеність власним соціально-економічним станом (ДК = 1,31, MI = 0,11); *нейрокогнітивні* — зниження концентрації уваги (ДК = 2,11, MI = 1,24); фонетичної мовної активності (ДК = 3,15, MI = 1,08); відтермінованого відтворення (ДК = 2,67, MI = 1,01) і впізнання (ДК = 1,78, MI = 0,06); зорово-просторових функцій (ДК = 1,34, MI = 0,07) та порушення орієнтуванні в просторі (ДК = 2,46, MI = 0,03).

### Діагностичні ознаки-маркери прогнозу виходу ППЕ при шизоафективному розладі (F25)

При ППЕ (F25) достовірність позитивного прогнозу забезпечує сукупна наявність клінічних, патопсихологічних та нейропсихологічних ознак (табл. 3).

Як ознаки позитивного прогнозу виходу ППЕ (F25) виокремлені такі маркери: *клінічні* — низький рівень виразності негативної симптоматики ( $\Sigma$  за PANSS) (ДК = 4,18, MI = 1,08) та відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування в сфері соціальних відносин (PSP) (ДК = 3,90, MI = 0,95); *патопсихологічні* — високий рівень соціальної підтримки (ДК = 6,66, MI = 2,02), високий рівень комплаєнсу (ДК = 6,40, MI = 1,79), низький рівень сенситивної ригідності (ДК = 6,12, MI = 1,58), переважання стратегії регулювання емоцій «фокус на плануванні» (ДК = 6,12, MI = 1,58), невдоволеність власним станом (фізичним та емоційним) (ДК = 4,13, MI = 1,10) та зацікавленість в прийманні ліків (ДК = 3,90, MI = 0,95); *нейрокогнітивні* — збережені орієнтування в просторі (ДК = 2,11, MI = 1,24) і часі (ДК = 4,56, MI = 1,13), високий рівень безпосереднього відтворення, збереження мовної активності (ДК = 1,75, MI = 1,01), відсутність порушень сприйняття (ДК = 1,61, MI = 0,77), високий загальний показник зорово-просторових функцій (ДК = 2,10, MI = 0,07), розуміння письма (ДК = 4,56, MI = 0,06) та усної мови (ДК = 3,62, MI = 0,04).

Таблиця 3. Діагностичні ознаки прогнозу виходу ППЕ при F25

Ознаки		Градація ознаки	p	ДК	MI
<b>Ознаки позитивного прогнозу</b>					
клінічні	Низький рівень виразності негативної симптоматики ( $\Sigma$ за PANSS)	< 14	0,033	4,18	1,08
	Відсутність істотних ускладнень соціально-особистісного функціонування в сфері соціальних відносин (PSP)	< 3	0,035	3,90	0,95
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак</i>		> 0,05	8,08	2,03
патопсихологічні	Невдоволеність власним станом (фізичним та емоційним)	> 3	0,02	4,13	1,10
	Переважання стратегії регулювання емоцій «фокус на плануванні»	+	0,033	6,12	1,58
	Високий рівень комплаєнсу	> 35	0,02	6,40	1,79
	Зацікавленість в прийманні ліків	3	0,035	3,90	0,95
	Високий рівень соціальної підтримки	2	0,01	6,66	2,02
	Низький рівень сенситивної ригідності	≤ 19	0,033	6,12	1,58
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак</i>		≤ 0,001	33,33	9,02
нейрокогнітивні	Збережене орієнтування в просторі	+	0,001	2,10	1,24
	Збережене орієнтування у часі	+	0,000	4,56	1,13
	Високий рівень безпосереднього відтворення	+	0,016	3,62	1,09
	Збереження мовної активності	+	0,023	1,75	1,01
	Відсутність порушень сприйняття	+	0,025	1,61	0,77
	Високий рівень відтермінованого відтворення	+	0,000	4,64	0,64
	Високий загальний показник зорово-просторових функцій	+	0,012	2,10	0,07
	Розуміння письма	+	0,009	4,56	0,06
	Розуміння усної мови	+	0,015	3,62	0,04
		<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>		≤ 0,05	28,56

Ознаки		Градація ознаки	p	ДК	MI
<b>Ознаки негативного прогнозу</b>					
клінічні	Соціальна ізоляція та усамітнення в проявах продрому	+	0,02	4,85	1,36
	Проблеми з фокусуванням та увагою в проявах продрому	+	0,033	4,18	1,08
	Вік початку продрому до 20 років	+	0,008	4,39	1,40
	Пасивно-апатична соціальна відгородженість (N4 за PANSS)	> 3	0,01	5,64	1,71
	Активний відхід від соціальних контактів (G16 за PANSS)	> 3	0,045	3,45	0,75
	Аутизація (G15 за PANSS)	> 3	0,033	4,18	1,08
	Рухова загальмованість (BPRS)	> 3	0,047	4,13	0,82
	Аутизм у відносинах (SANS)	> 3	0,035	3,64	0,97
<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю клінічних ознак</i>			≤ 0,001	34,46	9,17
патопсихологічні	Високий рівень загальної ригідності	≥ 125	0,01	5,64	1,71
	Підвищений або високий рівень інтолерантності до сприйняття нерозв'язності проблеми	≥ 7	0,02	4,85	1,36
	Психологічно зумовлене саботування лікування	≤ 3	0,019	6,89	1,83
	Наявність сумнівів та побоювань щодо психотропної дії препаратів	≤ 3	0,035	5,64	1,37
	Невдоволеність найближчим соціальним оточенням	> 3	0,49	2,83	0,60
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю патопсихологічних ознак</i>			≤ 0,01	25,85
нейрокогнітивні	Порушення сприйняття	+	0,001	3,41	1,24
	Зниження загального показника мовної активності	+	0,000	3,28	1,11
	Знижений рівень концентрації уваги	+	0,003	2,49	0,97
	Порушення безпосереднього відтворення	+	0,000	7,03	0,13
	<i>Рівень диференційованості та інформативності за сукупністю нейропсихологічних ознак</i>			≤ 0,05	16,21

Достовірна диференційованість прогнозу негативного виходу ППЕ (F25) може бути досягнута за наявності окремо як клінічних, так і психологічних і нейрокогнітивних ознак або при їх поєднанні.

Ознаками негативного прогнозу виходу ППЕ при F25 визначені такі: *клінічні* — наявність пасивно-апатичної соціальної відгородженості (N4 за PANSS) (ДК = 5,64, MI = 1,71), вік початку продрому до 20 років (ДК = 4,39, MI = 1,40), наявність в проявах продрому соціальної ізоляції/усамітнення (ДК = 4,85, MI = 1,36) та проблем з фокусуванням та увагою (ДК = 4,18, MI = 1,08), ознаки аутизації (G15 за PANSS) (ДК = 4,18, MI = 1,08) або ознаки аутизму у відносинах (за SANS) (ДК = 3,64, MI = 0,97), прояви рухової загальмованості (BPRS) (ДК = 4,13, MI = 0,82) та активний відхід від соціальних контактів (G16 за PANSS) (ДК = 3,45, MI = 0,75); *патопсихологічні* — психологічно зумовлене саботування лікування (ДК = 6,89, MI = 1,83), високий рівень загальної ригідності (ДК = 5,64, MI = 1,71), наявність сумнівів та побоювань щодо психотропної дії препаратів (ДК = 5,64, MI = 1,37), підвищений або високий рівень інтолерантності до сприйняття нерозв'язності проблеми (ДК = 4,85, MI = 1,36), невдоволеність найближчим соціальним оточенням (ДК = 2,83, MI = 0,60); *нейрокогнітивні* — порушення сприйняття (ДК = 3,41, MI = 1,24); зниження загального показника мовної активності (ДК = 3,28, MI = 1,11); порушення безпосереднього відтворення (ДК = 7,03, MI = 0,13) та знижений рівень концентрації уваги (ДК = 2,49, MI = 0,97).

Отримані дані доцільно використовувати під час створення терапевтичних та реабілітаційних програм для пацієнтів з ППЕ.

#### Список літератури

- Cheng S. C., Schepp K. G. Early Intervention in Schizophrenia: A Literature Review // Archives of Psychiatric Nursing. 2016. 30 (6). p. 774—781. DOI: 10.1016/j.apnu.2016.02.009. Epub 2016 Feb 23. PMID: 27888974.
- Марута Н. О. Перший епізод психозу: можливості раннього втручання. За матеріалами Науково-практичної конференції «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (24—25 травня 2023 р.) // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». 2023. № 3 (66). С. 32—33. URL: <https://health-ua.com/article/73934-pershij-epzod-psihozu--mozhlivost-rannogo-vtruchannya>.
- Раннє втручання в психоз (нові діагностичні та терапевтичні парадигми) / за ред: П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В., 2019. 335 с.
- The impact of causal explanations on outcome in people experiencing psychosis: a systematic review / [L. Carter, J. Read, M. Pyle, A. P. Morrison] // Clinical Psychology and Psychotherapy. 2017. 24. p. 332—47. DOI: 10.1002/cpp.2002. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26805779.
- Remote administration guidelines: Positive and negative syndrome scale (PANSS) A joint industry announcement by Mark Opler, PhD, MPH (Chief Research Officer, MedAvante-ProPhase). <https://mhs.com/wp-content/uploads/2020/11/Remote-Administration-Guidelines-PANSS-GUIDE.pdf>.

6. Andreasen N. C. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations // *British Journal of Psychiatry*. 1989. 155(S7). P. 49—58. PMID: 2695141.

7. Overall, J. E., & Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling // *Psychopharmacology Bulletin*. 1988. 24(1). P. 97—99.

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

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. Рогов Є. І. Настільна книга практичного психолога. Робота психолога з дорослими. URL: [https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika\\_diagnostiki\\_rivnya\\_sotsialnoyi\\_frustrirovannosti\\_vasserman#81](https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika_diagnostiki_rivnya_sotsialnoyi_frustrirovannosti_vasserman#81).

11. Метод прогнозування медикаментозного комплайенса в психіатрії : методическіе рекомендації. НІПНІ ім. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова с соавт. СПб., 2007. 24 с.

12. Психодіагностика толерантності личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. М. : Смысл, 2008. 172 с.

13. Залевский Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск : Изд-во Томского ун-та, 1993. 272 с.

14. Garnefski N., Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults // *European Journal of Psychological Assessment*. 2007. No. 23. P. 141—149. DOI: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

15. Larner A. J., Mitchell A. J. A meta-analysis of the accuracy of the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) and the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in the detection of dementia/ A. J. Larner, A. J. Mitchell// *International Psychogeriatrics*. 2014. No. 26(4). P. 555—563. DOI: 10.1017/S1041610213002329.

## References

1. Cheng SC, Schepp KG. Early Intervention in Schizophrenia: A Literature Review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec;30(6):774-781. doi: 10.1016/j.apnu.2016.02.009. Epub 2016 Feb 23. PMID: 27888974.

2. Maruta N. O. Pershyi epizod psykhozu: mozhlyvosti rannoho vtruchannia [The first episode of psychosis: possibilities of early intervention]. Za materialamy Naukovo-praktychnoi konferentsii "Psykhichni ta psykhologichni rozlady pid chas viiny: likuvannia ta reabilitatsiia" (24—25 travnia 2023 r.). *Zdorov'ia Ukrainy. Tematychnyi nomer "Nevrolohii. Psykhiiatriia. Psykhoterapiia"* [Health of Ukraine. Thematic number "Neurology. Psychiatry. Psychotherapy"]. 2023. No. 3 (66): 32-33. <https://health-ua.com/article/73934-pershij-epzod-psihozu--mozhlivost-rannogo-vtruchannia>. [In Ukrainian].

3. *Rannie vtruchannia v psykhos (novi diahnostychni ta terapeutychni paradyhmy)* [Early intervention in psychosis (new diagnostic and therapeutic paradigms)] / ed.: P. V. Voloshyn, N. O. Maruta. Kharkiv : Stokov D. V., 2019. 335. [In Ukrainian].

4. Carter L, Read J, Pyle M, Morrison AP. The Impact of Causal Explanations on Outcome in People Experiencing

Psychosis: A Systematic Review. *Clin Psychol Psychother*. 2017 Mar;24(2):332-347. doi: 10.1002/cpp.2002. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26805779.

5. Remote administration guidelines: Positive and negative syndrome scale (PANSS) A joint industry announcement by Mark Opler, PhD, MPH (Chief Research Officer, MedAvante-ProPhase). <https://mhs.com/wp-content/uploads/2020/11/Remote-Administration-Guidelines-PANSS-GUIDE.pdf>.

6. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989 Nov;(7):49-58. PMID: 2695141.

7. Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(1), 97–99.

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

9. 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.

10. Rogov E. I. *A handbook by a practical psychologist. The work of a psychologist with older adults*. [https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika\\_diagnostiki\\_rivnya\\_sotsialnoyi\\_frustrirovannosti\\_vasserman#81](https://stud.com.ua/17593/psihologiya/metodika_diagnostiki_rivnya_sotsialnoyi_frustrirovannosti_vasserman#81). [In Ukrainian].

11. *Method for predicting drug compliance in psychiatry: methodological recommendations* / NIPNI im. V. M. Bekhtereva: compiled by: N. B. Lutova et al. St. Petersburg, 2007. 24 p. [In Russian].

12. *Psychodiagnostics of personality tolerance* / ed. G. U. Soldatova, L. A. Shaigerova. M.: Smysl, 2008. 172 p. [In Russian].

13. Zalevskiy G.V. *Mental rigidity in normal and pathological conditions*. Tomsk : Tomsk University Publishing House, 1993. 272 p. [In Russian].

14. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

15. Larner AJ, Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) and the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in the detection of dementia. *Int Psychogeriatr*. 2014 Apr;26(4):555-63. doi: 10.1017/S1041610213002329. Epub 2014 Jan 15. PMID: 24423470.

Надійшла до редакції 19.02.2024

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

**KOSOVSKYI Volodymyr**, Postgraduate Student of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the I. Horbachevskiy's Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: [kosovskyi\\_vovi@tdmu.edu.ua](mailto:kosovskyi_vovi@tdmu.edu.ua)