

дичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

**Зоргач Віталій Юрійович** — кандидат медичних наук, головний спеціаліст із ультразвукової діагностики Центрального госпітально військово-медичного управління СБУ. Адреса: м. Київ, вул. Липська, 11, тел. (044) 281-59-90.

**Черняк Віктор Анатолійович** — доктор медичних наук, професор, директор університетської клініки Національного університету імені Т. Шевченко. Адреса: м. Київ, вул. Володимирська, 50.

**Несукай Валентин Геннадійович** — завідувач неврологічно-го відділення Київської міської клінічної лікарні № 8. Адреса: м. Київ, вул. Кондратюка, 8, тел.: (044) 502-37-00.

УДК 616.895–036.86–036.82–085.851.11/.12

## ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНО-ПАРАНОЇДНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ *О. В. Зубатюк*

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, м. Київ

**Вступ.** Соціальне функціонування є важливим показником при психозах.

**Мета.** Вивчення порушень соціального функціонування у пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при ендогенних психозах.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 90 пацієнтів, які було розділено на три групи за нозологіями. Використано шкали PANSS, PSP та тест MSCEIT.

**Результати та висновки.** В усіх трьох групах виявлено зниження рівня соціального функціонування та його кореляційний зв'язок з соціальними когнітивними функціями. Це свідчить про необхідність вдосконалення існуючих психореабілітаційних програм за рахунок впровадження тренінгів соціальних когнітивних функцій.

**Ключові слова:** депресивно-параноїдна симптоматика, соціальне функціонування, соціальні когнітивні функції, тренінги соціальних когнітивних функцій.

**Вступ.** Проблема соціального функціонування та якості життя психічно хворих є однією з найбільш актуальних на сучасному етапі. Все більшу увагу приділяють комплексному підходу до діагностики та лікування психічної патології з залученням не тільки клініко-психопатологічних факторів, але і соціальних та психологічних показників. Соціальне функціонування стає самостійним предметом дослідження, а його показники, разом з клінічними даними, активно використовуються в якості діагностичних критеріїв.

Кількість робіт з даної тематики збільшується та мотивує дослідників на пошук предикторів порушень соціального функціонування у хворих на ендогенні психози. Раніше в якості предикторів розглядали переважно клінічні симптоми, частіше негативні [5], потім фокус досліджень перемістився на вивчення ролі когнітивних дефіцитів та порівняння цих груп між собою [6]. Пропонувались і більш складні моделі, де факторами впливу вивчались не стільки самі симптоми захворювання, скільки здатність хворих до їх контролю, що, в свою чергу, залежить від стану когнітивної сфери [4]. Останнім часом все більше уваги в дослідженнях приділяється вивченню соціальних когнітивних функцій.

Термін «соціальні когнітивні функції» вперше був використаний у соціальній психології для визначення того, як людина обробляє інформацію у соціальному контексті, включаючи особистісне сприйняття того, що відбувається, вибудовування причинно-наслідкових зв'язків щодо себе та інших, привнесення соціальних правил в процес прийняття рішень [8]. Соціальні когнітивні функції можуть бути визначені як «здатність вибудовувати уявлення про відносини між собою та іншими, і гнучко використовувати ці уявлення для управління соціальною поведінкою» [2]. Термін «соціальні когнітивні функції» визначає ряд аспектів пізнавальної (когнітивної) сфери, які неможливо оцінити за допомогою традиційних нейрокогнітивних тестів, але які потенційно мають незалежний зв'язок з соціальною поведінкою і соціальним функціонуванням [9]. Соціальні когнітивні функції включають отримання інформації, її інтерпретацію і формування відповіді на наміри, думки, поведінку інших людей і лежать в основі соціальної взаємодії.

Важливість процесів соціальної поведінки для досліджень у галузі охорони психічного здоров'я відображено у одному з найбільших сучасних дослідницьких проєктів, що започаткував в 2011 році Національний інститут психічного здоров'я США (NIMH), а саме проєкт Research Domain Criteria (RDoC). Маючи амбітну мету інтегрувати вражаючі досягнення нейронаук в 21 сторіччі в дослідницьку та клі-

нічну практику в психіатрії, експерти RDoC розробили інноваційний підхід до вивчення психічних розладів. Він передбачає дослідження психічних процесів на всіх рівнях (від генного та молекулярного до поведінкового) в континуумі від норми до патології. Матриця RDoC побудована навколо дименціональних психологічних конструктів, що охоплює основні аспекти функціонування, та згруповані у п'ять доменів. Одним з таких доменів є система соціальних процесів, що включає серед інших соціальну комунікацію, сприйняття та розуміння себе та інших.

За RDoC соціальна комунікація — це динамічний процес обміну соціально-важливою інформацією. Соціальне спілкування має важливе значення для інтеграції та підтримки особистості у соціальному середовищі. Ця конструкція є взаємною та інтерактивною.

**Мета.** Вивчення порушень соціального функціонування у пацієнтів з депресивно-параноїдною симптоматикою при шизофренії, шизоафективному розладі та рекурентному депресивному розладі та факторів, що з ним пов'язані.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження було проведено на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ, Україна), клінічна база — ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. В умовах стаціонару на етапі становлення ремісії було обстежено 90 пацієнтів. В подальшому їх було розділено на три групи за нозологіями: 1 група — 32 пацієнти з діагнозом шизофренія, параноїдна форма (F 20.0 — ПШ), 2 група — 31 пацієнт, у яких діагностовано депресивний тип шизоафективного розладу (F 25.1 — ШАР) та 3 група — 27 пацієнтів, що страждають на рекурентний депресивний розлад з психотичними симптомами (F 33.3 — РДР). Пацієнтів всіх трьох груп було обстежено повторно через рік.

У групі хворих з ПШ середній вік склав  $37,2 \pm 6,2$  років, середня тривалість хвороби —  $7,1 \pm 2,7$  роки, за гендерним складом мала 33 % чоловіків та 67 % жінок. У групі пацієнтів з ШАР середній вік становив  $34,4 \pm 7,3$  років та середній стаж хвороби —  $4,7 \pm 2,4$  роки, до неї ввійшли 29 % чоловіків та 71 % жінок. Серед хворих з РДР середній вік склав  $42,7 \pm 5,2$  роки, середня тривалість хвороби —  $8,1 \pm 3,1$  років, за гендерним складом — 23 % чоловіків та 77 % жінок.

Для визначення рівня соціального функціонування використовувалась шкала PSP. Оцінювання соціальних когнітивних функцій здійснювалось з використанням російськомовної версії тесту Дж. Мейера, П. Селовея та Д. Карузо «Емоційний інтелект» (MSCEITV. 2.0) у адаптованому варіанті О. О. Сергієнко, І. І. Ветрової [1]. Використо-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

---

увались одна з чотирьох гілок тесту, а саме «Управління емоціями», що включена до складу когнітивної батареї Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) [7]. Також використовувалась шкала PANSS для визначення важкості психопатологічної симптоматики.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методів варіаційної статистики на основі статистичного пакету Microsoft Excel.

**Результати.** Визначення рівня соціального функціонування (СФ) виявило зниження в усіх трьох групах пацієнтів. Даний показник визначався за допомогою шкали PSP на етапі становлення ремісії в умовах стаціонару (СФ1) та через рік (СФ2). В групі ПШ показники шкали PSP склали: СФ1–57,60±14,35 та СФ2–59,36 ±15,38. В групі ШАР відповідно 76,56±8,38 та 82,83±10,17. Для групи РДР показники шкали PSP визначено наступними: СФ1–71,90±10,05 та СФ2–74,80±15,00. Рівень соціального функціонування як на етапі становлення ремісії, так і в катанезі в групі ПШ є більш низьким, що є статистично достовірним ( $p < 0,005$ ) в порівнянні як з групою ШАР, так і з групою РДР. Статистично достовірної різниці між групами ШАР та РДР за рівнем СФ не виявлено.

При проведенні кореляційного аналізу показників шкали PSP та MSCEIT було визначено зв'язок між рівнем соціального функціонування та соціальними когнітивними функціями. Але в кожній з груп визначались певні характерні особливості цього зв'язку у вигляді, як негативних, так і позитивних кореляцій. Також в різних групах було визначено кореляційні зв'язки шкали PSP з різними гілками шкали MSCEIT. У групі ПШ відмічався негативний кореляційний зв'язок з показником шкали ідентифікації емоцій, як показника СФ1 (-0,48), так і СФ2 (-0,31). Отже, в динаміці зв'язок стає більш слабким, тобто для прогнозування порушень рівня соціального функціонування цей фактор не є суттєвим. В той же час, визначається позитивний кореляційний зв'язок з показниками шкали управління власними емоційними станами, але тільки з показником СФ2 (0,33), з СФ1 кореляція відсутня. Отже, для прогнозування порушень соціального функціонування в групі ПШ важливим показником є здатність до управління власними емоційними станами.

В групі ШАР відмічається кореляція показника шкали ідентифікації емоцій з показником СФ2 (0,32). Це пояснюється тим, що краще розуміння емоцій інших людей покращує соціальну взаємодію та як наслідок рівень соціального функціонування, особливо в динаміці. Також це визначає дану здатність, як «ресурсну зону» для даної групи пацієнтів.

Аналіз показників в групі РДР також визначив зв'язок рівня соціального функціонування зі здатністю до управління власними емоціями. Виявлено позитивну кореляцію показників шкали PSP та шкали D тесту MSCEIT, а саме СФ1 (0,30) та СФ2 (0,38). Відмічається посилення зв'язку даних показників в динаміці. Це дозволяє для групи РДР також визначити даний фактор, як суттєвий для соціального функціонування.

Дані результати свідчать про необхідність вдосконалення існуючих психореабілітаційних програм за рахунок впровадження тренінгів СКФ.

Одним з таких тренінгів є Social Cognition and Interaction Training (SCIT) [10]. Особливістю є те, що він спрямований, як на корекцію дефіциту соціального пізнання (кількісні зміни), так і на упередженості, як якісні порушення. Автори створили SCIT, щоб «допомогти клієнтам стати «соціальними детективами», збирати та аналізувати докази, робити вірні соціальні судження, навчившись бути обережними у власних упередженнях, які можуть призвести до помилок» [10].

Автори методики враховували не тільки накопичений клінічний досвід, але і дослідження у сфері соціальної психології. Вони виявили, що мета навчання пацієнтів робити точні соціальні судження часто нереалістична (і в деяких випадках небажана). Це може бути нереально, оскільки швидкість і складність соціального світу зазвичай перевершують здатність навіть самого потужного мозку. Це також неприпустимо, тому що навіть, якщо б ми могли відслідковувати всю соціальну інформацію, яка надходить до нас, люди не мають можливості безпосереднього доступу до внутрішніх думок і почуттів інших людей; ми не можемо перевірити, чи є наші соціальні судження коректними чи неправильними, і тому, у певному сенсі, ми завжди здогадуємось[3].

SCIT має подвійну мету — допомагати пацієнтам робити «правильні здогади» на основі фактів, одночасно з прийняттям того факту, що в реальності немає правильної відповіді на діалектичний і динамічний характер емоцій у соціальних взаємодіях. SCIT допомагає пацієнтам перейти до соціальної когнітивної норми, а не до нереалістичної мети соціальної точності. Даний тренінг не фокусується на розладі чи симптомі, він орієнтований на подолання соціальних когнітивних труднощів, що стоять перед усіма людьми.

### **Висновки.**

1. Соціальне функціонування порушується при всіх трьох нозологіях, що відносяться до ендогенних психозів, але важкість цих порушень та їх динаміка є різною.

2. Характерний для всіх трьох груп зв'язок рівня соціального функціонування з показниками соціальних когнітивних функцій дозволяє визначити їх як важливу ціль для корекції, в тому числі за рахунок впровадження тренінгів СКФ.

3. Виявлені характерні для кожної з груп предиктори порушень соціального функціонування можуть бути використані для розробки диференційованих програм психореабілітації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Сергиенко Е. А. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT V. 2.0). Русскоязычная версия / Е. А. Сергиенко, И. И. Ветрова. — Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 11 с.
2. Adolphs R. The neurobiology of social cognition /R. Adolphs// Curr. Opinion Neurobiol. — 2001. — Vol.11. —P. 231–239.
3. Fiske S. T. Social Cognition: From Brains to Culture / S. T. Fiske, S. E. Taylor. — London: Sage, 2013. — 592 p.
4. Guaiana G. Negative symptoms and not cognition predicts social functioning among patients with schizophrenia / G. Guaiana, P. Tyson, K. Roberts, A. Mortimer // Schweizerarchiv fur neurologie un psychiatrie. — 2007. — Vol. 158, № 1. — P. 25–31.
5. Herbener E. S. Are Negative Symptoms Associated With Functioning Deficits in Both Schizophrenia and Nonschizophrenia Patients? A 10-Year Longitudinal Analysis / E. S. Herbener, M. Harrow // Sch. Bull. — 2004. — Vol. 30, N4. — P. 813–825.
6. Kurtz M. M. Symptoms Versus Neurocognitive Test Performance as Predictors of Psychosocial Status in Schizophrenia: A 1- and 4-Year Prospective Study / M. M. Kurtz, P. J. Moberg, J. D. Ragland// Sch. Bull. — 2005. — Vol. 31, № 1. — P. 167–174.
7. Nuechterlein K. N. MATRICS Consensus Cognitive Battery./ K. N. Nuechterlein, M. F. Green. — Los Angeles, MATRICS Assessment Inc., 2006.
8. Penn D. L. Social cognition in schizophrenia: an overview / D. L. Penn // Schizophr Bull. — 2008. — Vol.34, № 3. — P. 408–411.
9. Pinkham A. Implications of the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia / A. Pinkham, D. L. Penn, D. Perkins, J. Liebermann // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P. 185–194.
10. David L. Roberts. Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Clinician Guide / D. L. Roberts., D. L. Penn, D. R. Combs. — New York: Oxford University Press, 2015.

## **Нарушения социального функционирования у пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой при эндогенных психозах**

**О. В. Зубатюк**

**Национальная медицинская академия последипломного  
образования имени П. Л. Шупика, г. Киев**

**Введение.** Социальное функционирование является важным показателем при психозах.

**Цель.** Изучение нарушений социального функционирования у пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой при эндогенных психозах.

**Материалы и методы.** Обследовано 90 пациентов, которые были разделены на три группы по нозологиям. Использовались шкалы PANSS, PSP и тест MSCEIT.

**Результаты и выводы.** Во всех трех группах выявлено снижение уровня социального функционирования и его корреляция с социальными когнитивными функциями. Это свидетельствует о необходимости усовершенствования существующих психореабилитационных программ за счет внедрения тренингов социальных когнитивных функций.

**Ключевые слова:** депрессивно-параноидная симптоматика, социальное функционирование, социальные когнитивные функции, тренинги социальных когнитивных функций.

## **Violations of social functioning in patients with depressive-paranoid symptoms in endogenous psychoses**

**O. V. Zubatiuk**

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kyiv**

**Introduction.** Social functioning is an important indicator taken into account when diagnosing psychosis in patients.

**Aim.** To study social functioning violations in patients with depressive and paranoid symptoms in case of endogenous psychoses.

**Materials and methods.** The study included 90 patients who were divided into three groups according to nosology. The PANSS, PSP scales and the MSCEIT test were used to evaluate the disorders.

**Results.** Our findings showed a decrease in the level of social functioning and its correlation with social cognition in all three groups.

**Conclusions.** According to the obtained data, the need to improve current psychosocial rehabilitation programs by introducing social cognition trainings is highly relevant.

**Key words:** depressive and paranoid symptoms, social functioning, social cognition, social cognition trainings.

### ***Відомості про автора:***

***Зубатюк Оксана Вікторівна*** — асистент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії

УДК:616.61–008.64–036.12–78–085.38–085.835.32–07:616.152.11:616.152.21

## **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК НА ПЕРШОМУ СЕАНСІ ГЕМОДІАЛІЗУ**

*О. Ю. Лисянська*

**Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, м. Київ**

**Вступ.** До хронічної ниркової недостатності призводить багато захворювань. Порушення функції нирок у термінальній стадії хронічної хвороби нирок, у свою чергу, спричинює серйозні порушення усіх органів та систем. З огляду на це, важливою є розробка методики проведення ввідного гемодіалізу таким пацієнтам із метою зменшення ускладнень і підвищення переносимості процедури.

**Мета.** Оцінити функціональні зміни в пацієнтів із хронічною хворобою нирок V стадії, яким проводиться перший сеанс гемодіалізу.

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 20 пацієнтів із хронічною хворобою нирок, у яких визначалися клініко-лабораторні та функціональні зміни під час проведення першого сеансу гемодіалізу на апараті «Fresenius-5005».

**Результати.** У пацієнтів, які брали участь у дослідженні, були декомпенсований стан, значні респіраторні та серцево-судинні порушення. За результатами спірографії у більшості (13 осіб) відзначена гіпергідратація. У хворих 1-ї групи наявна гіпоксемія (сатурація крові нижче від 94 %), що вимагала проведення оксигенотерапії. У результаті процедури покращився стан пацієнтів та переносимість діалізу. У 4 хворих 2-ї групи гіпоксемія виникла у процесі сеансу гемодіалізу.

**Висновки.** Необхідні подальші дослідження з метою підвищення якості процедури гемодіалізу, виявлення й усунення можливих факторів ризику, що дозволить покращити прогноз і якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок.

**Ключові слова:** хронічна хвороба нирок, перший гемодіаліз, гіпоксемія, оксигенотерапія.