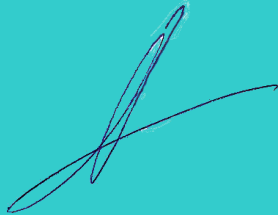


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА “ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ”



БОЙКО ДМИТРО ІВАНОВИЧ

УДК 616.89-008.441.44/45-036.4:57.034

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ
ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ, ПРИНЦИПИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ З УРАХУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ**

14.01.16 – психіатрія

АВТОРЕФЕРАТ
на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на Вищого державного навчального закладу України
«Українська медична стоматологічна академія»

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор
ЖИВОТОВСЬКА Лілія Валентинівна
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
професор кафедри психіатрії, наркології та медичної
психології

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук **Колядко Світлана Петрівна** –
Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та
наркології НАМН України», провідний науковий
співробітник відділу пограничної психіатрії
- доктор медичних наук, професор **Пилягіна Галина
Яківна**, Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П. Л. Шупика, завідувач кафедри психіатрії,
психотерапії та медичної психології

Захист відбудеться «30» травня 2018 р. о 10:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 при ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

Автореферат розісланий «27» квітня 2018 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої Вченої ради,
кандидат медичних наук



Байбарак Н.А.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми дослідження: За даними ВООЗ, гострий психоз є третім із найбільш інвалідизуючих станів, які призводять до зменшення тривалості життя в середньому на 10 років. Розвиваючись, як правило, у молодому віці, захворювання порушує громадську, професійну, сімейну активність, формуючи значний тягар для сім'ї і суспільства та обумовлює соціальний аспект проблеми (Марута Н. О., Бачериков А. М., 2001; Демченко В. А., Зозуля В. В., Пономарев С. В., 2009; Марута Н. А., 2014; Осокіна О. І., 2013; McGorry P. D., Yuang A. R., Philips L. J., 2014).

«Перший епізод психозу» є збірне поняття, яке об'єднує по синдромальному принципу схожі між собою гострі стани порушення психіки, що проявляються порушеннями мислення, маяченням, галюцинаціями, психомоторним збудженням, розладами емоційної сфери та дезорієнтацією (Пишель В. Я., Полывяная М. Ю., Гузенко К. В., 2005; Марута Н. А., 2007; Lester H., 2006; McGorry P. D., Killackey E., Yuang A., 2009).

Особливої уваги заслуговує вивчення особливостей аутоагресивної поведінки за умов першого психотичного епізоду, що обумовлено високим рівнем самогубств у світі та Україні зокрема. Оскільки серед причин високого рівня аутоагресивної поведінки є однією з провідних причин смерті психічнохворих – вивчення предикторів її формування на ранньому етапі розвитку захворювання дасть змогу своєчасно виявляти осіб з високим ризиком суїциду, проводити їх лікування та профілактику аутоагресивних проявів (Пилягіна Г. Я., Чумак С. А., Семенцул В. Э., 2006; Бачериков А. М., Мудренко І. Г., 2007; Гузенко Е. В., 2008; Явдак І. О., Череднякова О. С., Колядко С. П., 2011; Melle I., Johannessen J. O., Friis S., 2006; Barrett E. A., Faerden A., Nesvåg R., 2008)

Велике медико-соціальне значення даної проблеми обумовлено й тим, що значну частку суїцидентів складають молоді особи, працездатного віку. До того ж, деякі автори вважають, що у половини суїцидентів, які страждають на шизофренію, діагноз був установлений уперше, що свідчить про високий ризик розвитку суїцидальної поведінки вже в ініціальному періоді ендогенного процесу (Пилягіна Г. Я., 2003; Бачериков А. М., Ткаченко Т. В., 2007, Barak Y., Baruch Y., Achiron A., 2008).

В сучасних дослідженнях досить активно приділяється увага вивченню стану біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі, й психічним розладам. Сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що різноманітні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронозу, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін. В ряді наукових праць доведено вплив геліогеофізичних факторів на зниження ефективності механізмів психологічної адаптації, розвиток афективних психозів, аутоагресивної поведінки, невротичних розладів, алкогольних психозів т. ін., але багато питань на даному

етапі є ще не розв'язаними (Сонник Г. Т., Скрипников А. Н., Рудь В. А., 2012; Khanna R., Mukherjee S., 2007; Nassel D. R., 2009).

Таким чином, вивчення особливостей аутоагресивної поведінки у хворих на перший психотичний епізод з урахуванням впливу біологічних ритмів дозволить виявити основні предиктори, створити новий сучасний підхід до розуміння генезу даного явища та удосконалити вже існуючі лікувальні та профілактичні схеми.

Зв'язок роботи з науковою програмою, планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»: «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Мета дослідження: на підставі клініко-психопатологічних та біоритмологічних особливостей аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді оптимізувати систему лікувально-реабілітаційних заходів.

Для досягнення постановленої мети було визначено основні **задачі:**

1. На підставі архівних матеріалів дослідити епідеміологічні показники захворюваності пацієнтів з першим психотичним епізодом та вплив на них геліогеофізичних факторів в популяції стаціонарних хворих Полтавської області за 11-річний сонячний цикл (1997-2007 рр.).

2. Провести аналіз залежності суїцидального ризику у групах досліджуваних хворих від певних психопатологічних симптомів з урахуванням індивідуального хронотипу хворих.

3. Вивчити патопсихологічні особливості хворих з першим психотичним епізодом з наявністю суїцидального ризику

4. Дослідити характерологічні предиктори формування аутоагресивної поведінки при першому епізоді психозу.

5. Оптимізувати систему лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біоритмологічного статусу та патопсихологічних особливостей та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження: аутоагресивна поведінка при первичному психотичному епізоді.

Предмет дослідження: архівні матеріали пацієнтів з першим психотичним епізодом за 23-й одинадцятирічний (1997-2007 гг.) сонячний цикл, анамнестичні, клінічні, патопсихологічні, соціальні показники, біологічні ритми хворих з першим психотичним епізодом.

Методи дослідження: епідеміологічний, клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, патопсихологічний, біоритмологічний, статистичний з використанням параметричних і непараметричних методів.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше на підставі клініко-епідеміологічного обстеження хворих з першим психотичним епізодом в одному з регіонів України за одинадцятирічний сонячний цикл вивчено особливості циркануальних ритмів, що впливають на сезонність клінічних проявів психозу.

В результаті проведеного клініко-епідеміологічного та психопатологічного дослідження науково обґрунтовано і розроблено систему діагностики аутоагресивної поведінки у пацієнтів з першим психотичним епізодом з урахуванням біологічних ритмів.

Встановлено залежність рівня суїцидального ризику у пацієнтів з першим психотичним епізодом від певних психопатологічних симптомів з урахуванням індивідуального хронотипу хворих, а також від преморбідних характерологічних особливостей досліджуваних.

Науково обґрунтовано та оптимізовано систему лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді.

Вивчено взаємозв'язок особистісних особливостей хворих на перший психотичний епізод та високим суїцидальним ризиком з їх індивідуальним хронотипом та циркануальними ритмами.

Практичне значення отриманих результатів.

Результати проведеного дослідження лягли в основу більш глибокого та розширеного уявлення про патогенетичні механізми розвитку аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді з урахуванням впливу геліометеофакторів.

Розроблені принципи підвищення якості терапії і реабілітації хворих з першим психотичним епізодом, як складової частини вдосконалення інтегративної медичної допомоги населенню.

Визначені основні етапи надання допомоги хворим з аутоагресивною поведінкою при першому епізоді психозу з урахуванням біоритмологічного статусу та патопсихологічних особливостей, яка повинна проводитися з використанням традиційної фармакотерапії згідно клінічного протоколу.

Запропоновано використання в комплексній терапії певних принципів психоосвітньої програми в рамках ранньої психосоціальної реабілітації з урахуванням індивідуального хронотипу, що дає можливість персоналізованого підходу до лікувально-реабілітаційних заходів для даної категорії пацієнтів.

Показано, що в структурі профілактичних заходів важливе значення має урахування максимальної сонячної активності та в весняно-осінні періоди у досліджуваної категорії хворих.

Отримані результати можуть бути використані в практичній роботі наркологів та психіатрів, а також для підготовки кваліфікованих кадрів з вищезазначених спеціальностей на етапах переддипломної і післядипломної освіти.

Результати дослідження відтворено в методичних рекомендаціях «Епідеміологічна, клініко-психопатологічна, соціальна характеристика та

особливості лікування пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біологічних ритмів», затверджених на засіданні ЦМК ВДНЗУ «УМСА» 20.05.2017р та використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (Акт впровадження від 02.10.2017р.), кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету (Акт впровадження від 04.10.2017р.), кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти (Акт впровадження від 06.10.2017р.).

Результати дослідження впроваджено в роботу Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. академіка О. І. Ющенко (Акт впровадження від 06.10.2017р.), Медичного центру «Інтерклінік», м. Одеса (Акт впровадження від 09.10.2017р.), Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» (Акт впровадження від 09.10.2017р.).

Особистий внесок дисертанта в одержання наукових результатів.

Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Автором особисто проведений патентний та літературний пошук. Разом із науковим керівником складено план проведення роботи, визначені мета та завдання дослідження. Дисертантом самостійно проведено підбір пацієнтів, зібрані дані анамнезу, клініко-психопатологічне дослідження всіх пацієнтів. Здобувачем написані всі розділи дисертації, проведена статистична обробка клінічного матеріалу. Разом із науковим керівником визначені основні положення, висновки та практичні рекомендації. Результати дослідження викладені в 11 статтях, матеріалах науково-практичних конференцій та конгресів, доповідях. Наукові здобутки дисертаційної роботи доповідались на науково-практичних конференціях та конгресах.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційного дослідження було представлено на наступних конференціях, конгресах, семінарах, з'їздах: Науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична наука та медична практика в Україні: проблеми розвитку та взаємодії», 18-19 вересня 2015 р., м. Одеса, Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», 27-29 квітня 2017 р., м. Київ, Міжнародна науково-практична конференція «Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine» 28-29 квітня 2017 р., м. Люблін, Національна науково-практична конференція з міжнародною участю "Organizational and legal optimization bases of the healthcare system in Ukraine and abroad in modern conditions" 25-26 травня 2017 р., м. Полтава.

Публікації. Матеріали дисертації повністю висвітлені в опублікованих працях. За темою дисертації опубліковано 11 наукових праць, з яких 5 у фахових наукових виданнях України, що входять до переліку, затвердженого МОН України, із них 2 – одноосібно, 1 стаття в іноземному періодичному виданні, 4 праці - у матеріалах та збірниках тез наукових форумів, 1 - методичні рекомендації.

Структура та обсяг дисертації. Дисертацію викладено українською мовою, загальним обсягом 136 сторінок друкованого тексту, складається із вступу, огляду літератури, розділу, в якому викладено матеріали та методи дослідження, 3 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури, який включає 195 джерел, з них 96 - кирилицею, 99 - латиницею. Роботу ілюстровано 3 таблицями и 33 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дизайн дослідження та характеристика обстежених. Дослідження проводилось на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева і включало в себе два етапи. Перший етап ґрунтувався на опрацюванні архівної документації щодо госпіталізацій хворих за період 1997-2007 роки (23-ій сонячний цикл). За вказаний період госпіталізовано 1785 пацієнтів з першим психотичним епізодом, з них 1315 в подальшому відповідали критеріям діагнозу «шизофренія, параноїдна форма» (F20.0, МКХ 10) та були віднесені до першої групи, а 470 з діагнозом «гострі та транзиторні психотичні розлади» (F23, МКХ-10) - до другої. Серед хворих 1-ої групи було 758 (58,2 %) чоловіків та 557 (41,8 %) жінок, 2-ої групи – 227 (43,9 %) чоловіків та 243 (56,1 %) жінки.

На другому етапі дослідження з дотриманням принципів етики та деонтології впродовж 2014-2017 років було обстежено 130 пацієнтів у віці від 19 до 63 років (середній вік $35,9 \pm 4,3$ років). Нозологічна діагностика базувалася на критеріях Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, 1998. (МКХ-10). У 29 чоловік (22,3 %) діагностовано шизофренію, параноїдну форма (F20.0), у 31 (23,8 %) – гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії (F23.0), у 30 (23,2 %) – гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F23.1), у 21 (16,2 %) – гострий шизофреноподібний психотичний розлад (F23.2), у 19 (14,5 %) – інші гострі, переважно маячні психотичні розлади (F23.3).

Серед обстежених пацієнтів було 96 жінок (73,8 %) та 34 чоловіка (26,2 %). За віком досліджувані хворі розподілились наступним чином: у категорії від 16 до 30 років – 84 пацієнта (64,6 %), від 31 до 40 років – 38 хворих (29,2 %), старші за 40 років – 8 пацієнтів (6,2 %).

В залежності від рівня суїцидального ризику, визначеного за шкалою Любан-Плоцца, пацієнти були розподілені на дві клінічні групи. В основну групу 1 (ОГ1) включено 81 хворого (62,3 %), із яких 13 (10,0 %) мали дуже високий ризик суїциду (більше 14 балів), 68 (52,3 %) – високий ризик суїциду (11-13 балів). В основну групу 2 (ОГ2) включено 49 хворих (37,7 %), із яких 42 (32,3 %) мали середній ризик суїциду (7-10 балів), а 7 (5,4 %) – знижений ризик суїциду (4-6 балів).

Матеріали та методи дослідження. Дослідження реалізовано за допомогою епідеміологічного, біорітмилогічного, клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного та статистичного методів.

Клініко-психопатологічна оцінка психічного стану була проведена з використанням The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS (S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein 1987 p.) та Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS (J.F.Overall, D.Gorchem, 1962 p.), оцінка характерологічних особливостей преморбїду проводилась за допомогою The Premorbid Adjustment Scale, PAS (1982 p.), визначення рівня суїцидального ризику - за шкалою Любан-Плоцца (2000 p.), оцінка якості життя у даних хворих - опитувальником SF-36 Health Status Survey (2003 p.), ступінь ворожнечості та агресивності – опитувальником Басса-Даркі (2002 p.), оцінка біологічних ритмів – анкетною Естберга (1986p.), оцінка якості проведеного лікування - шкалою The Clinical Global Impression, CGI-I (1976 p.).

Статистична обробка даних дослідження проводилась за допомогою показників описової статистики (середнє, стандартне відхилення, стандартна похибка середнього); параметричних та непараметричних методів (критерій Стюдента, коефіцієнт парної кореляції Пірсона, факторний аналіз). Статистична обробка проводилась із використанням програми «Excel» з пакету програм «Microsoft Office 2016» та прикладного пакету програм «Statistica 7.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз захворюваності по сезонам року за весь 11-річний сонячний цикл (1997-2007р.) показав, що у 1-ій групі піки госпіталізації припадають на березень та жовтень, тобто на весну та осінь.

У 2-ій групі максимуми госпіталізацій за 11-річний сонячний цикл відмічались у лютому, квітні, липні та листопаді, що показано на рис 1.

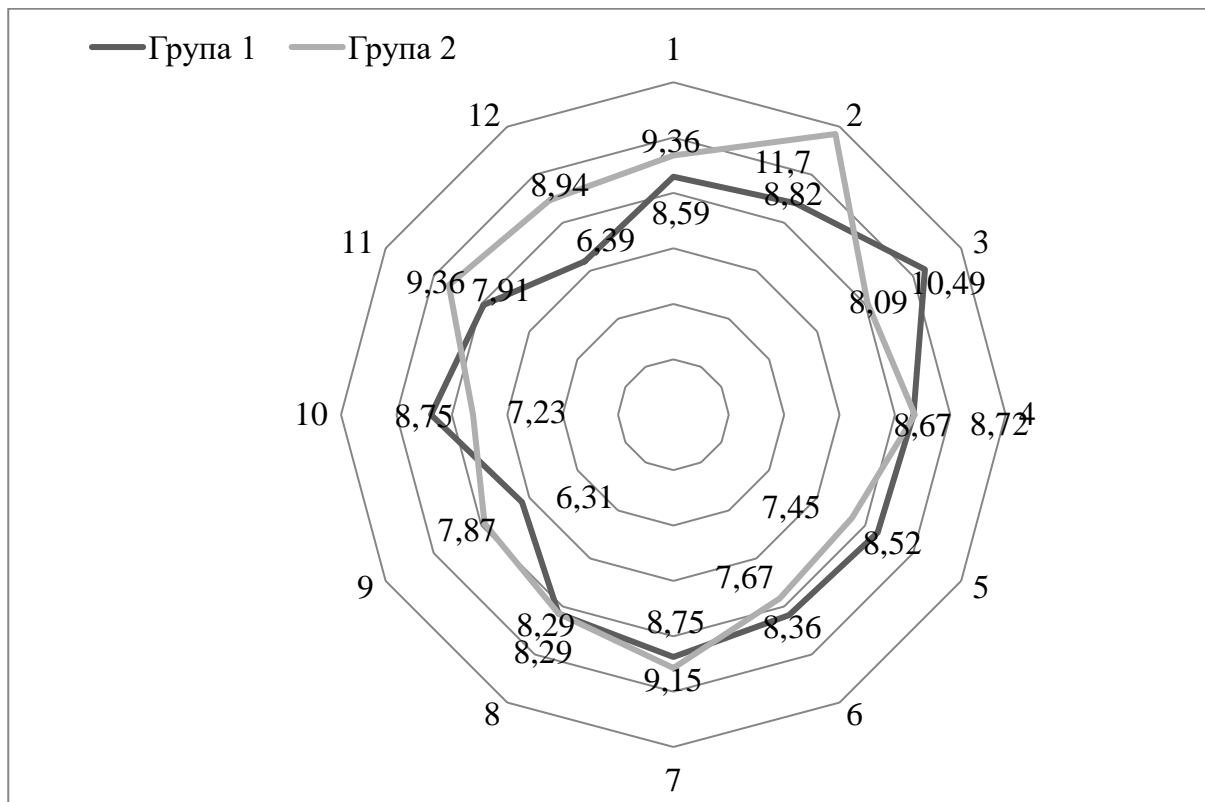


Рис. 1. Розподіл госпіталізацій хворих по місяцям за 23-ій сонячний цикл (1997 - 2007 рр.)

У 23-му одинадцятирічному сонячному циклі (1997 – 2007 рр.) показники сонячної активності (числа Вольфа, W) були максимальними в 2000-2002 рр. (в 2000 р. – W=120, в 2001 р. – W=111, в 2002 р. – W=106), а в 2003-2004 рр. відмічалася різка зміна сонячної активності, що характеризувалася збільшенням середньорічного значення чисел Вольфа з негативною різницею (приріст W=-32).

Встановлено, що сонячна активність має безпосередній вплив на організм людини, в тому числі на психічні процеси, про що свідчить пік госпіталізацій хворих на параноїдну шизофренію в 2001 (12,7 % пацієнтів) та 2003 роках (8,5 % пацієнтів), у пацієнтів з гострими та транзиторними психотичними розладами - у 2002 (12,9 % пацієнта) та 2005 (9,8 % пацієнтів), що співпадає з максимумами показників сонячної активності та збільшенням середньорічного значення чисел Вольфа з негативною різницею, що показано на рис 2. До того ж вивчення сезонності надходжень в стаціонар пацієнтів з першим психотичним епізодом залежить від пори року, про що свідчить їх сконцентрованість у березні та жовтні у пацієнтів з параноїдною шизофренією, в лютому та листопаді – у хворих на гострі та транзиторні психотичні розлади.

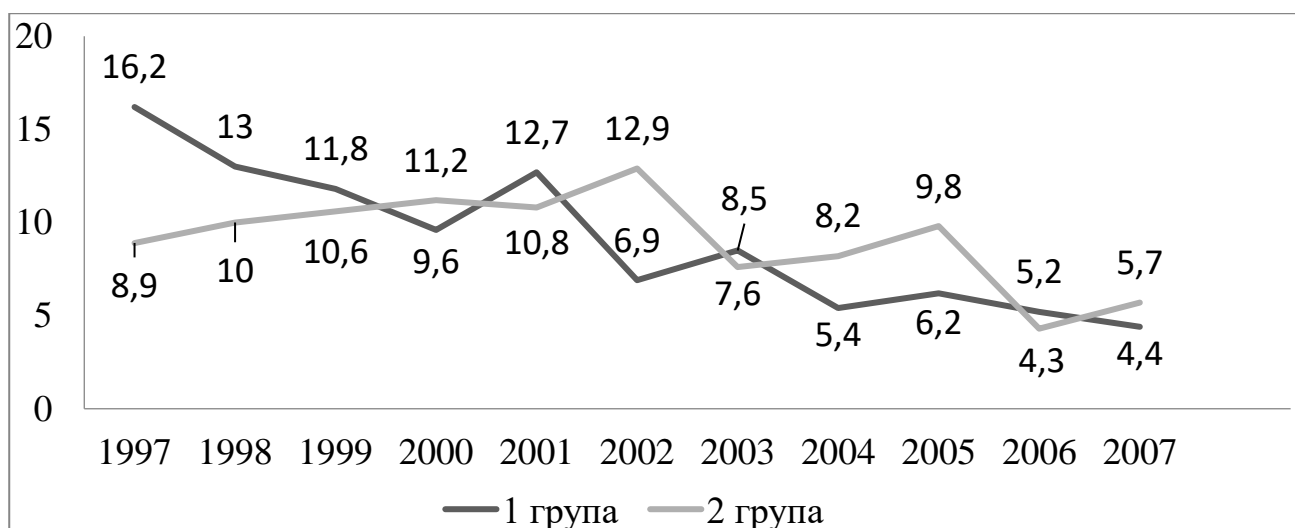


Рис. 2. Розподіл госпіталізацій хворих за 23-й сонячний цикл (1997 - 2007 рр.)

На другому етапі досліджувався вплив циркадної ритміки на клініко-психопатологічні особливості першого психотичного епізоду та на ступінь ризику суїцидальної поведінки. За проявами аутоагресивної поведінки пацієнти досліджених розподілились наступним чином. В ОГ1 найбільш виразними були: суїцидальна спроба у 21 пацієнта (25,9 %), самопорізи – у 25 (30,9 %), опіки – у 14 (17,3 %), екскоріації – у 10 (12,3 %), відмова від їжі – у 9 (11,1 %), нетипові форми – у 2 (2,5 %); в ОГ2: суїцидальна спроба - у 6 пацієнтів (12,2 %), самопорізи – у 6 (12,2 %), опіки – у 10 (20,4 %), екскоріацій – у 9 (18,4 %), відмова від їжі – у 8 (16,4 %), нетипові форми – у 10 (20,4 %), що показано на рис 3.

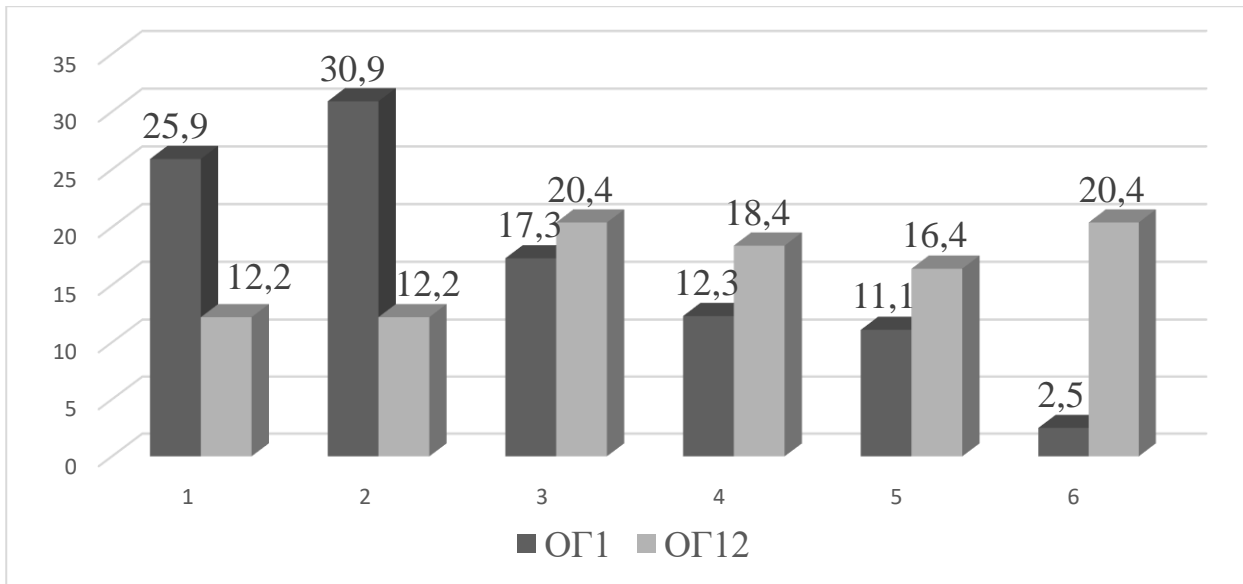


Рис. 3. Розподіл пацієнтів за типом аутоагресивної поведінки у групах.
Примітка: 1 – суїцидальна спроба, 2 – нанесення самопорізів, 3 – нанесення опіків, 4 – нанесення екскоріацій, 5 – відмова від їжі, 6 – нетипові форми.

Дослідження за опитувальником Басса-Даркі продемонструвало достовірні відмінності між основними показниками в клінічних групах: в ОГ1 домінували показники «фізична агресія» $8,1 \pm 0,78$ балів, «непряма агресія» $7,5 \pm 0,69$ балів, «вербальна агресія» $8,7 \pm 0,52$, у ОГ2 – «роздратованість» $7,8 \pm 0,72$ бала, «підозрілість» $8,2 \pm 0,34$ бала, «відчуття провини» $7,1 \pm 0,76$ балів ($p \leq 0,05$), що показано на рис 4.

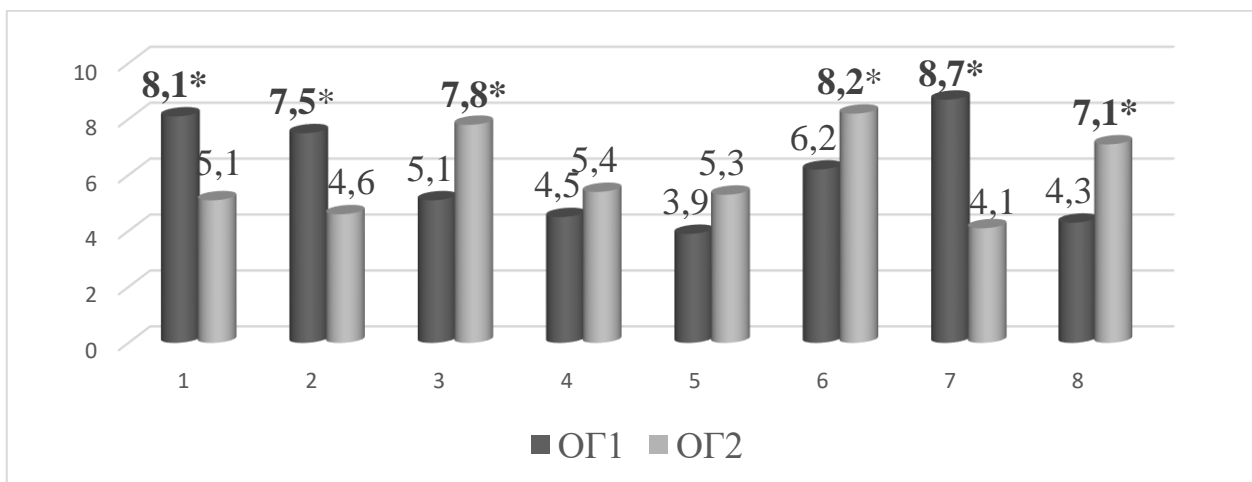


Рис. 4. Аналіз пацієнтів за субшкалами по опитувальнику Басса-Даркі.
Примітка: 1 – фізична агресія, 2- непряма агресія, 3 – роздратованість, 4 – негативізм, 5 – образа, 6 – підозрілість, 7 – вербальна агресія, 8 – відчуття провини.

* - $p \leq 0,05$ у порівнянні між ОГ1 та ОГ2.

При аналізі результатів за двома основними ознаками «ворожість та агресивність» було встановлено, що загальний показник «ворожість» домінував у ОГ2 порівняно з ОГ1 та становив $41,4 \pm 0,63$ та $35,2 \pm 0,83$ бала відповідно, а показник «агресія» – мав найвищий рівень в ОГ1 – $45,5 \pm 0,53$ бала порівняно з ОГ2 – $36,7 \pm 0,64$ бала ($p \leq 0,05$).

За шкалою PANSS був проведений загальний аналіз за субшкалами позитивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів, що дало змогу зробити висновки: у ОГ1 за позитивними симптомами було отримано $88,4 \pm 0,75$ балів, за негативними – $63,1 \pm 0,38$ балів, за загальними симптомами – $51,3 \pm 0,67$ балів; у ОГ2 отримано наступні бали: $54,7 \pm 0,54$ бала, негативні симптоми – $63,3 \pm 0,41$ бал, загальні симптоми – $73,4 \pm 0,36$ бал. Дані цього дослідження демонструють переважання певної групи симптомів в залежності від ступеню ризику суїцидальної поведінки, тобто серед досліджуваних з дуже високим та високим ризиком суїциду переважали позитивні симптоми ($88,4 \pm 0,75$ балів), у пацієнтів із середнім та зниженим ризиком суїциду - загальні психопатологічні симптоми ($73,4 \pm 0,36$ балів), та негативні симптоми ($85,1 \pm 0,51$ бал), що показано на рис 5.

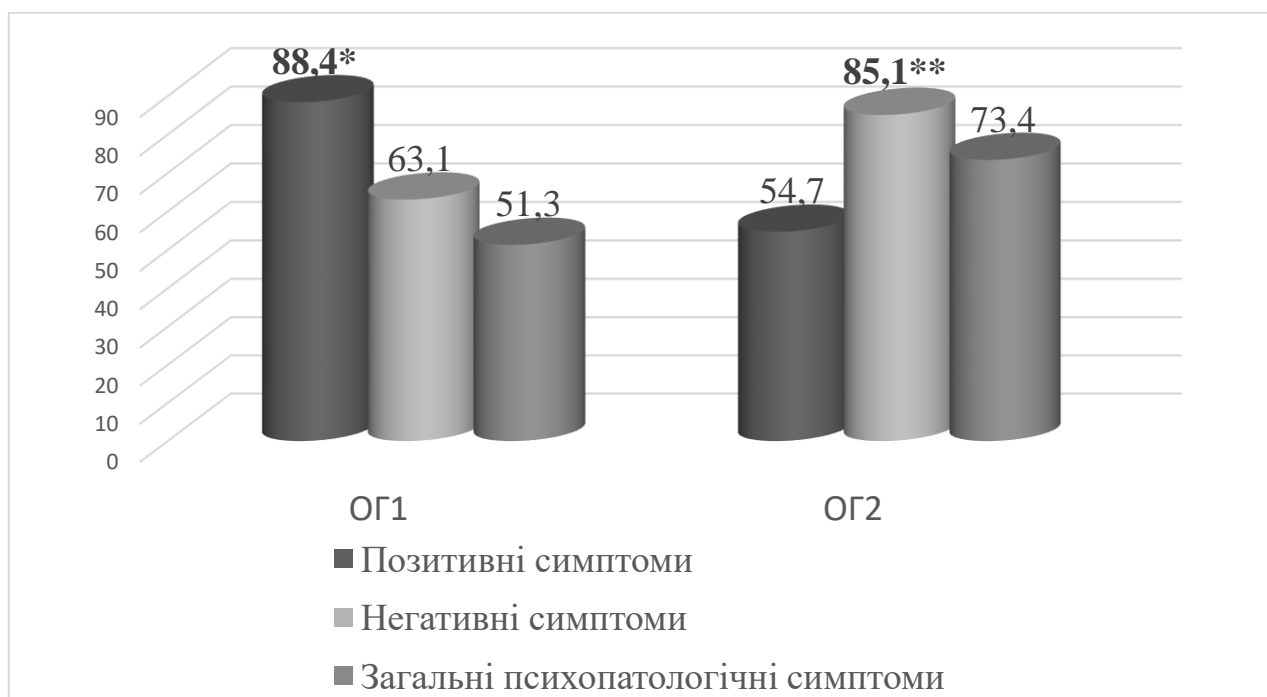


Рис. 5. Характеристика досліджуваних за шкалою PANSS

* - $p \leq 0,05$ у порівнянні між ОГ1 та ОГ 2

** - $p \leq 0,01$ у порівнянні між ОГ1 та ОГ 2

В результаті аналізу клініко-психопатологічних особливостей за допомогою факторів шкали BPRS встановлено, що у ОГ1 переважали «збудження-напруженість» - $20,3 \pm 0,41$ бал, «підозрілість-ворожнечість» -

19,3±0,47 балів, «порушення мислення» - 21,6±0,54 бала, в ОГ2 переважали «збудження-напруженість» - 18,2±0,36 балів, «тривога-депресія» - 22,6±0,59 балів, «підозрілість-ворожнечість» - 17,9±0,53 бала, що показано на рис 6.

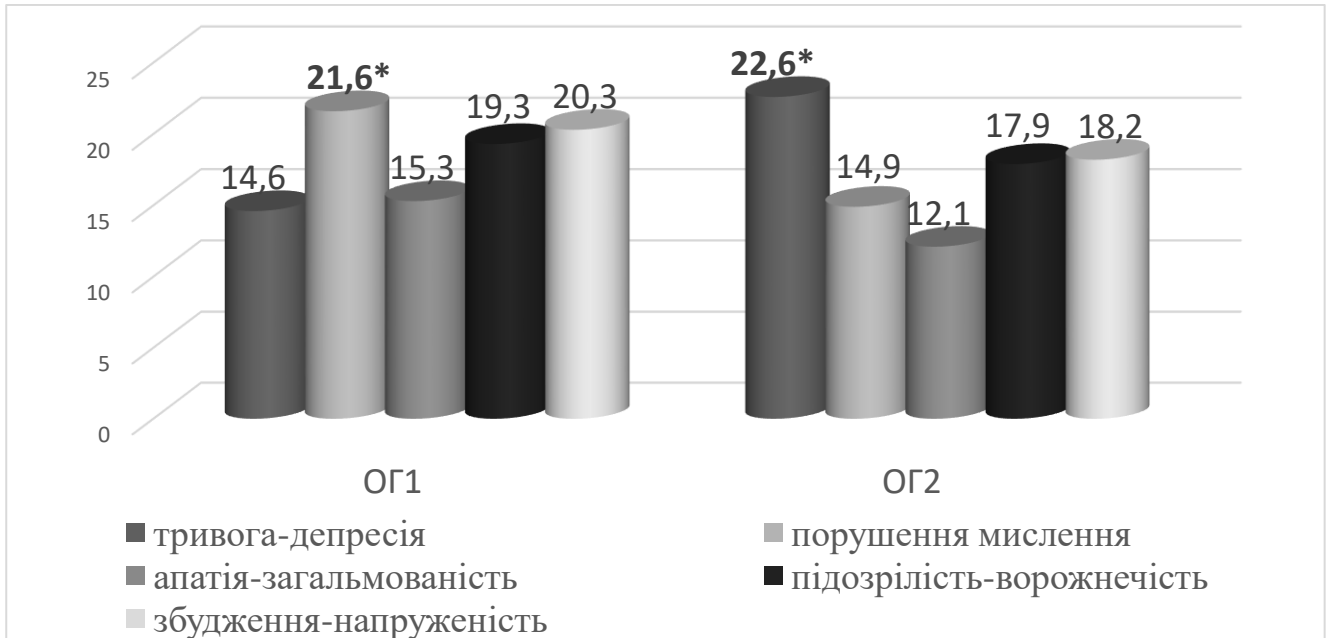


Рис. 6. Характеристика досліджуваних за шкалою BPRS

* - $p \leq 0,05$ у порівнянні між ОГ1 та ОГ 2

В результаті аналізу залежності суїцидального ризику у групах досліджуваних хворих від певних психопатологічних симптомів встановлених шкалою BPRS встановлено, що у ОГ1 тісний взаємозв'язок із ризиком суїциду простежується з такими ознаками, як «напруженість» ($p \leq 0,01$), «ворожнечість» ($p \leq 0,05$), «манірність, вичурність поведінки» ($p \leq 0,01$), «збудження» ($p \leq 0,01$), «підозрілість» ($p \leq 0,05$); у ОГ2 досліджуваних виявлено зв'язок із «відношенням до свого соматичного стану» ($p \leq 0,05$), «тривогою» ($p \leq 0,05$), «депресивним настроєм» ($p \leq 0,01$), «відчуттям провини» ($p \leq 0,01$).

За анкетною Естберга встановлено, що у пацієнтів ОГ1 переважав чітко виражений вечірній тип працездатності (74,7 %) у порівнянні з іншими досліджуваними (16,4 % у пацієнтів ОГ2), в ОГ2 ранковий тип (66,9 %) в порівнянні із 15,4 % з ОГ1, індивідуальний тип мав порівняно низькі показники в обох досліджуваних групах (9,9 % та 16,7 % відповідно), що показано на рис 7. Проведений аналіз зв'язку ризику аутоагресивної поведінки з добовим типом працездатності свідчить про чітку позитивну кореляцію між вечірнім типом працездатності (чітко вираженим та слабо вираженим) та підвищенням рівня суїцидального ризику ($p \leq 0,01$).

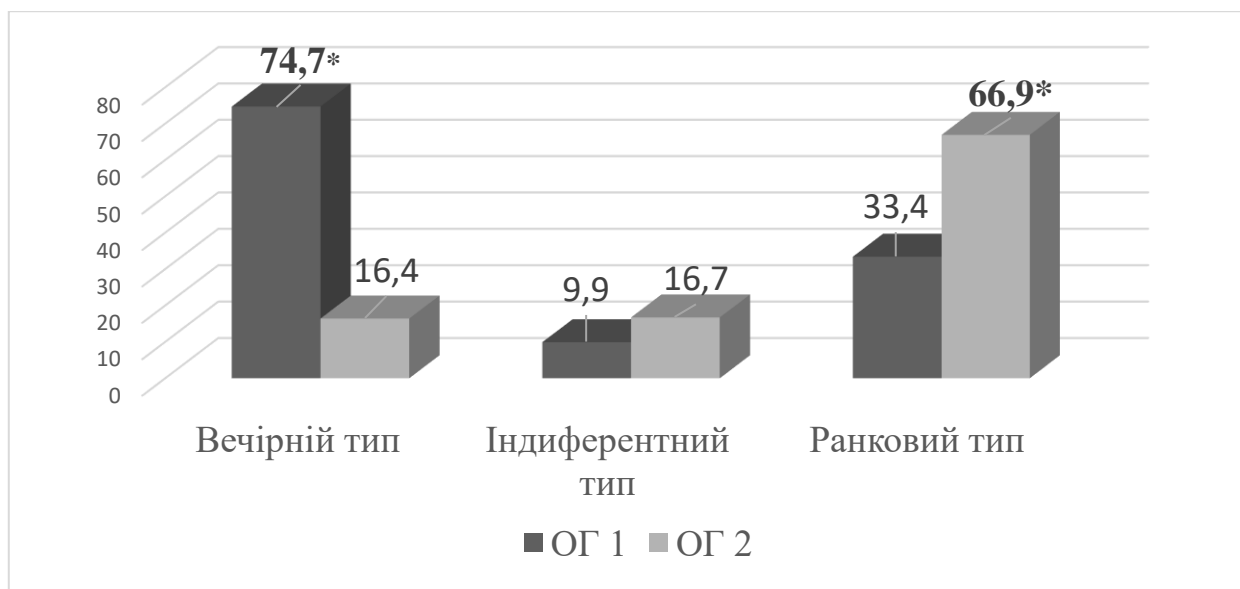


Рис. 7. Розподіл пацієнтів за анкетною Естберга в залежності від рівня суїцидального ризику

Примітка: * - $p \leq 0,01$ у порівнянні між ОГ1 та ОГ 2

Також в ході дослідження було виокремлено показники шкали SF-36, в яких встановлені кореляційні зв'язки між показниками якості життя та індивідуальним хронотипом, що визначався кількістю отриманих балів за анкетною Естберга. При цьому виявлено кореляційний зв'язок шкал «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» ($r=0,263$, $p \leq 0,01$), «інтенсивність болю» ($r=0,246$, $p \leq 0,01$), «життєва активність» ($r=0,231$, $p \leq 0,01$) із ранковим типом працездатності та кореляційний зв'язок для цих же шкал («рольове функціонування обумовлене фізичним станом» ($r=0,215$, $p \leq 0,01$), «інтенсивність болю» ($r=0,227$, $p \leq 0,01$), «життєва активність» ($r=0,219$, $p \leq 0,01$) із вечірнім типом працездатності.

При цьому в ОГ1 у хворих з чітко вираженим вечірнім типом показник «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» становив $21,3 \pm 0,6$ балів, «інтенсивність болю» – $35,7 \pm 0,3$, «життєва активність» – $11,7 \pm 0,3$, а зі слабо вираженим вечірнім типом – $29,7 \pm 0,5$, $42,3 \pm 0,2$ та $18,3 \pm 0,9$ балів відповідно. У осіб з чітко вираженим ранковим типом показник «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» складав $43,6 \pm 0,5$ балів, «інтенсивність болю» – $56,3 \pm 0,4$ бала, «життєва активність» – $33,7 \pm 0,8$ балів, а зі слабо вираженим вечірнім типом – відповідно $37,2 \pm 0,6$, $48,8 \pm 0,7$ та $31,4 \pm 0,4$ балів, що показано на рис 8. Таким чином, в ОГ1 показники за названими шкалами були стабільно нижчі, ніж у ОГ2. Пацієнти, віднесені до індиферентного типу за своїми показниками наближались до осіб із ранковим типом працездатності, але статистично достовірної залежності із шкалами оцінки якості життя виявлено не було.

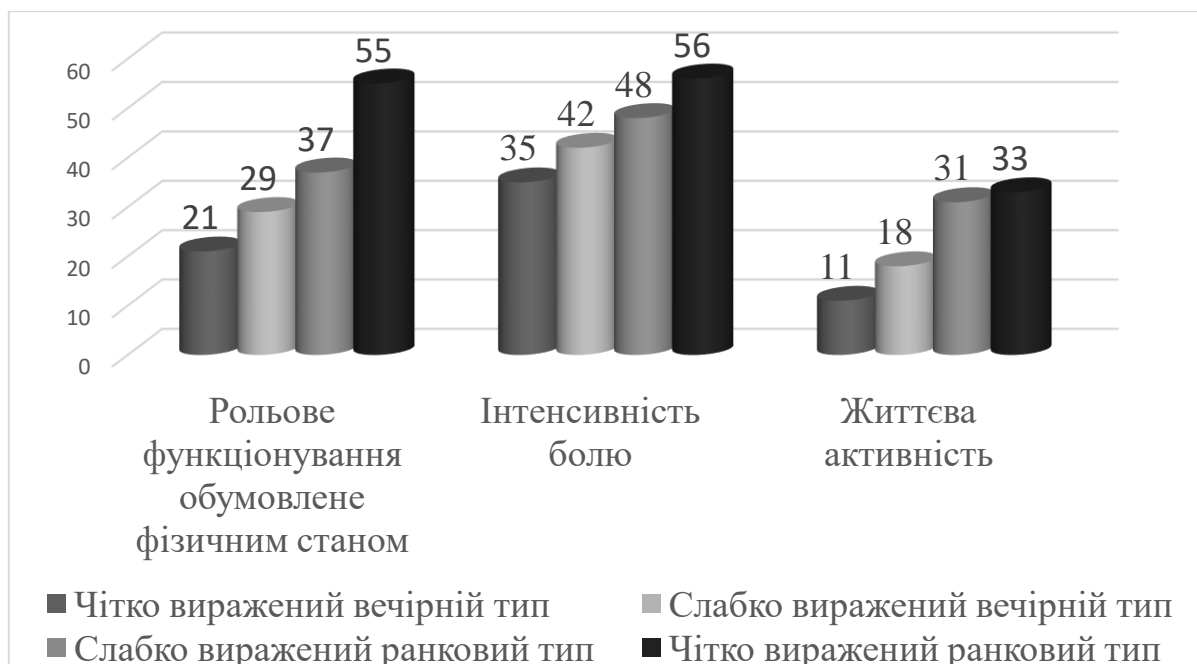


Рис. 8. Показники якості життя, що достовірно корелюють з індивідуальним хронотипом в ОГ1.

У ОГ2 у хворих з чітко вираженим вечірнім типом показник «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» становив $23,2 \pm 0,8$ балів, «інтенсивність болю» – $31,9 \pm 0,4$, «життєва активність» – $13,5 \pm 0,1$, а зі слабо вираженим вечірнім типом – $25,7 \pm 0,5$, $39,3 \pm 0,2$ та $15,3 \pm 0,9$ балів відповідно. У осіб з чітко вираженим ранковим типом показник «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» складав $41,6 \pm 0,5$ балів, «інтенсивність болю» – $54,3 \pm 0,4$ бала, «життєва активність» – $33,7 \pm 0,8$ балів, а зі слабо вираженим вечірнім типом – відповідно $34,2 \pm 0,6$, $44,8 \pm 0,7$ та $29,4 \pm 0,4$ балів, що показано на рис 9.

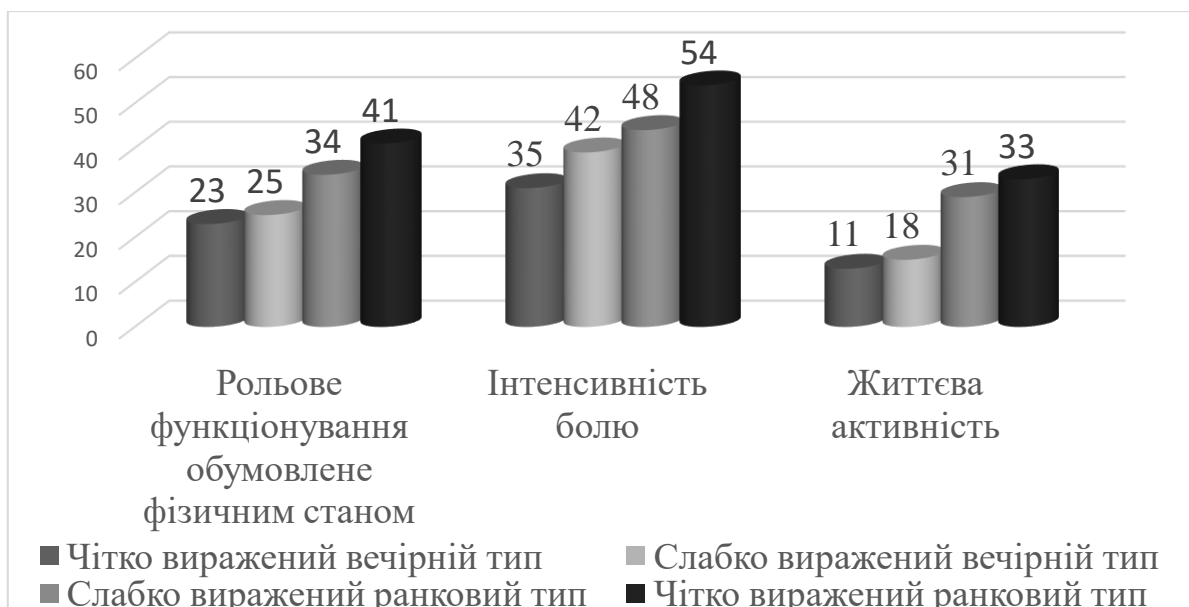


Рис. 9. Показники якості життя, що достовірно корелюють з індивідуальним хронотипом в ОГ2

Для пацієнтів з чітко вираженим вечірнім типом працездатності визначався кореляційний зв'язок більшої сили по показникам «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» ($r=0,641$, $p\leq 0,01$), «інтенсивність болю» ($r=0,693$, $p\leq 0,05$), «життєва активність» ($r=0,819$, $p\leq 0,01$), ніж у осіб зі слабо вираженим вечірнім типом («рольове функціонування обумовлене фізичним станом», $r=0,418$, $p\leq 0,05$, «інтенсивність болю», $r=0,397$, $p\leq 0,01$, «життєва активність», $r=0,461$, $p\leq 0,05$). У пацієнтів із чітко вираженим ранковим типом виявлено кореляційний зв'язок більшої сили з показниками «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» ($r=0,684$, $p\leq 0,01$), «інтенсивність болю» ($r=0,769$, $p\leq 0,01$), «життєва активність» ($r=0,673$, $p\leq 0,01$), ніж у хворих зі слабо вираженим ранковим типом («рольове функціонування обумовлене фізичним станом», $r=0,418$, $p\leq 0,01$, «інтенсивність болю», $r=0,526$, $p\leq 0,01$, «життєва активність», $r=0,475$, $p\leq 0,01$).

За шкалою PAS проводилось визначення преморбідних особливостей хворих у різних вікових періодах та виявлено, що в клінічних групах були різні преморбідні характерологічні ознаки. У ОГ1 в періоді 12-15 років визначено переважання порушення взаємовідносин з однолітками ($5,1\pm 0,43$ бала) та адаптації в школі ($4,7\pm 0,57$ балів), в періоді 17-18 років – комунікабельність ($5,3\pm 0,61$ бал), в періоді після 19-ти років – незадоволеність сексуальними аспектами життя ($4,9\pm 0,38$ балів), що показано у таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика досліджуваних ОГ1 за опитувальником PAS

	До 11 років	12-15 років	16-18 років	Після 19 років
Порушення адаптації до школи	1,6±0,24	4,7±0,57*	1,3±0,16	2,4±0,29
Порушення взаємовідносин з однолітками	2,1±0,36	5,1±0,43*	1,7±0,34	2,3±0,14
Порушення комунікабельності	1,3±0,14	2,4±0,36	5,3±0,61*	1,9±0,33
Незадоволеність рівнем успішності	1,9±0,27	2,0±0,21	1,8±0,22	2,3±0,31
Незадоволеність сексуальними аспектами життя	–	–	3,6±0,41	4,9±0,38*

Примітка: * - $p\leq 0,05$ між характерологічними преморбідними особливостями та рівнем суїцидального ризику.

У ОГ2 отримані наступні результати: в період до 11 років переважали порушення адаптації до школи ($5,3\pm 0,44$ бала), порушення взаємовідносин з однолітками ($4,9\pm 0,62$ бала), в період 12-15 років – порушення взаємовідносин з однолітками ($4,7\pm 0,38$ балів), порушення комунікабельності ($5,2\pm 0,87$ балів), в період 16-18 відмічалась незадоволеність сексуальними аспектами життя ($4,6\pm 0,68$ балів), порушення комунікабельності ($4,7\pm 0,45$ балів), в період після 19 років визначено незадоволеність рівнем успішності ($5,0\pm 0,43$ балів), що показано у таблиці 2.

Характеристика досліджуваних ОГ2 за опитувальником PAS

	До 11 років	12-15 років	16-18 років	Після 19 років
Порушення адаптації до школи	5,3±0,44	1,7±0,26	2,1±0,37	1,4±0,31
Порушення взаємовідносин з однолітками	4,9±0,62*	4,7±0,38*	1,1±0,26	1,8±0,24
Порушення комунікабельності	1,6±0,24	5,2±0,87	4,7±0,45*	2,6±0,29
Невдоволеність рівнем успішності	1,4±0,35	1,3±0,19	1,3±0,15	2,2±0,34
Незадоволеність сексуальними аспектами життя	–	–	4,6±0,68*	5,0±0,43*

Примітка: * - $p \leq 0,05$ між характерологічними преморбідними особливостями та рівнем суїцидального ризику.

Нами був проведений багатофакторний аналіз за отриманими результатами, внаслідок чого встановлено 3 фактори, що зумовлюють понад 68 % сукупної дисперсії даних та були загальними для двох досліджених груп, що показано у таблиці 3.

Встановлено, що близько 29 % сукупної дисперсії даних зумовлює фактор рівня суїцидального ризику, що пов'язаний з ознаками «суїцидальний ризик», «добова активність», «маячення», «розлади мислення», «підозрілість, ідеї переслідування», «ворожість», «напруженість», «завантаженість психічними переживаннями», «незадоволеність сексуальними аспектами життя (після 19-ти років)», «порушення адаптації до школи (до 11 років)».

23 % сукупної дисперсії зумовлено фактором соматичної стурбованості, пов'язаним з ознаками «суїцидальний ризик», «добова активність», «соматична стурбованість», «тривога», «манірність та позування», «незвичний зміст думок», «розлади волі», «комунікабельність (17-18 років)».

Близько 18 % сукупної дисперсії даних зумовлює фактор індивідуального хронотипу, що пов'язаний з ознаками «суїцидальний ризик», «добова активність», «притуплення афекту», «емоційна відгородженість», «пасивно-апатична соціальна відгородженість», «мало контактність», «розлади мислення», «порушення взаємовідносин з однолітками (12-15 років)», «незадоволеність рівнем успішності (після 19-ти років)».

До того ж з отриманих даних бачимо, що фактор рівня суїцидального ризику має зворотній зв'язок із добовою активністю (показником в балах за анкетною Естберга), що свідчить про вплив вечірнього типу працездатності, а також найсильніший зв'язок із рівнем суїцидального ризику. Крім того, ознаки, що впливають на фактор рівня суїцидального ризику є складовими переважно шкали позитивних симптомів за PANSS.

Матриця факторних навантажень багатфакторної моделі

Ознаки	Фактор рівня суїцидального ризику	Фактор індивідуального хронотипу	Фактор соматичної стурбованості
1. Суїцидальний ризик	0,751	0,637	0,529
2. Добова активність	-0,773	0,694	0,536
3. Маячення	0,563	-0,036	0,065
4. Розлади мислення	0,491	0,537	0,049
5. Підозрілість, ідеї переслідування	0,714	0,029	0,044
6. Ворожість	0,626	0,004	0,054
7. Притуплення афекту	0,026	0,417	0,134
8. Емоційна відгородженість	0,048	0,536	0,048
9. Пасивно-апатична соціальна відгородженість	0,027	0,647	0,127
10. Соматична стурбованість	0,037	0,201	0,893
11. Тривога	0,007	0,194	0,536
12. Напруженість	0,592	-0,003	0,004
13. Манірність та позування	0,049	0,173	0,419
14. Малоконтактність	0,039	0,533	0,083
15. Незвичний зміст думок	-0,189	0,081	0,896
16. Розлади волі	0,084	0,094	0,538
17. Завантаженість психічними переживаннями	0,695	-0,174	0,005
18. Незадоволеність сексуальними аспектами життя (після 19-ти років)	0,837	0,038	0,132
19. Комунікабельність (17-18 років)	0,056	0,093	0,583
20. Порушення взаємовідносин з однолітками (12-15 років)	0,141	0,568	0,068
21. Порушення адаптації до школи (до 11 років)	0,739	0,072	0,085
22. Незадоволеність рівнем успішності (після 19-ти років)	0,074	0,711	0,019
Ступінь факторизації	0,293	0,176	0,229

Фактор соматичної стурбованості має зв'язок із добовою активністю, але меншої сили ніж фактор індивідуального хронотипу, що дає змогу припустити про вплив індиферентного типу працездатності, достатньо сильний зв'язок із рівнем ризику суїциду та з ознаками, що складають шкалу загальних психопатологічних симптомів за PANSS.

Фактор індивідуального хронотипу має сильний зв'язок із добовою активністю, що може свідчити про вплив ранкового типу працездатності, сильний зв'язок із рівнем суїцидального ризику та з переважно з ознаками, що складають шкалу негативних симптомів за PANSS.

В комплексі терапевтичних заходів у хворих на перший психотичний епізод використовували традиційну фармакотерапію, яка призначалася згідно клінічного протоколу «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на шизофренію», а також психоосвітню програму в рамках ранньої психосоціальної реабілітації.

Згідно до сучасних вимог психофармакологічна терапія при ППЕ включала три послідовних етапи:

I етап – активна терапія, спрямована на швидке купірування психотичної симптоматики. Призначались нейролептики другого покоління (амисульпірид, зипразидон, оланзапін и рисперидон), починаючи з мінімальних доз із нарощенням дозування до настання терапевтичного ефекту. Для пацієнтів із вечірнім типом працездатності перевага надавалась оланзапіну та зипразидону, із ранковим типом – рисперидону та амисульпіриду. У разі відсутності терапевтичного ефекту протягом 2-4 тижнів здійснювалася зміна терапевтичної тактики: перехід до іншого препарату чи їх комбінації. Тривалість активної терапії складала від 4-х днів до 4-х тижнів.

II етап – стабілізуюча терапія, ціль якої – редукція резидуальної продуктивної симптоматики, корекція негативних порушень, відновлення соціально-трудова адаптації та попередження рецидивів. Лікування проводилось препаратом вибору попереднього етапу зі зниженням дозування до підтримуючої (у разі стабілізації психотичної симптоматики). У осіб із вечірнім типом працездатності прийом препаратів приходився на другу половину дня, із ранковим типом – першу половину дня. При негативній динаміці використовувалось підвищення дози до раніше ефективної. Тривалість такої терапії становила до 2-х місяців.

III етап – підтримуюча терапія, спрямована на попередження рецидиву. На цьому етапі призначалась попередня стабілізуюча доза препарату вибору строком на 2-3 місяці зі зниженням дозування кожні 2-3 місяці у випадку стабілізації стану пацієнта. При персистуванні негативної симптоматики пацієнту призначалась середня підтримуюча доза попередньо ефективного препарату. Тривалість цього етапу становила не менше одного року.

Психоосвітню програму реалізовували на II етапі в груповій формі з кількістю учасників від 6 до 12 чоловік. Кожен цикл психоосвіти складав 5-10 занять, тривалістю 45 хвилин та частотою 2 рази на тиждень. Метою психоосвітньої програми було надати можливість пацієнтам обговорити

отриману інформацію з іншими учасниками, співставити її з особистим досвідом, разом шукати рішення проблеми, допомогти пацієнту та його родичам краще розуміти характер та особливості захворювання і його вплив на хворого та членів його родини, створити додаткову емоційну підтримку. Психоосвітня програма проводилась поетапно та включала в себе:

1. Інформаційний етап: роз'яснення хворому та родичам необхідності прийому медикаментів та звернення до лікарів, особливостей проявів хвороби, прогнозу;

2. Терапевтичний етап: попередження аутоагресивних тенденцій, робота по відновленню соціального функціонування. На зустрічах обговорювалися всі ключові питання, що стосуються психічного здоров'я. Метою цього етапу було: відновлення соціального функціонування пацієнтів за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, до свого «Я», сприйняття себе як особистості, здатної впоратися з виникаючими проблемами, обумовленими хворобою; попередження аутоагресивних тенденцій і зміна звичних патологічних копінг-стратегій.

3. Соціальний етап: подолання стигматизації пацієнта, формування підтримки членами його родини;

4. Заключний етап: формування нових форм реагування у випадку загострення.

Згідно до індивідуального хронотипу психоосвітні та психотерапевтичні заходи з пацієнтами вечірнього (ВТ) типу проводились у другій половині дня, а з хворими ранкового (РТ) та індіферентного (ІТ) – у першій половині.

Після проведеного лікування із використанням психоосвітньої програми якість життя досліджуваних покращилась до рівномірних показників у всіх групах. За показниками «рольове функціонування обумовлене фізичним станом», «інтенсивність болю» та «життєва активність» після курсу лікувально-реабілітаційних заходів статистично достовірного кореляційного зв'язку із вечірнім типом працездатності не відмічалось, що свідчить про ефективність застосування психоосвітньої програми із урахуванням індивідуального хронотипу пацієнтів, що показано на рис 10.

Оцінка результатів терапії за шкалою CGI-I показала, що у хворих ОГ1 «дуже значне покращення» відмічали 8 пацієнтів (9,9 %), «значне покращення» – 42 (51,9 %), «незначне покращення» – 24 (29,6 %), «без змін» – 7 (8,6 %). В ОГ2 «дуже значне покращення» було у 9 осіб (18,4 %), «значне покращення» – у 28 (57,1 %), «незначне покращення» – у 10 (20,4 %), «без змін» – у 1 (4,1 %).

Катамнестичне дослідження 92 осіб показало, що через рік після проведеного лікування із застосуванням психоосвітньої програми з урахуванням індивідуального хронотипу 3 чоловіка (3,3 %) звернулись за повторною допомогою менш ніж за 3 місяці після виписки, 8 (8,7 %) – у проміжку від 3 до 6 місяців, 27 (29,3 %) – від 6 місяців до 1 року, 54 пацієнта (58,7 %) протягом року за повторною допомогою не звертались.

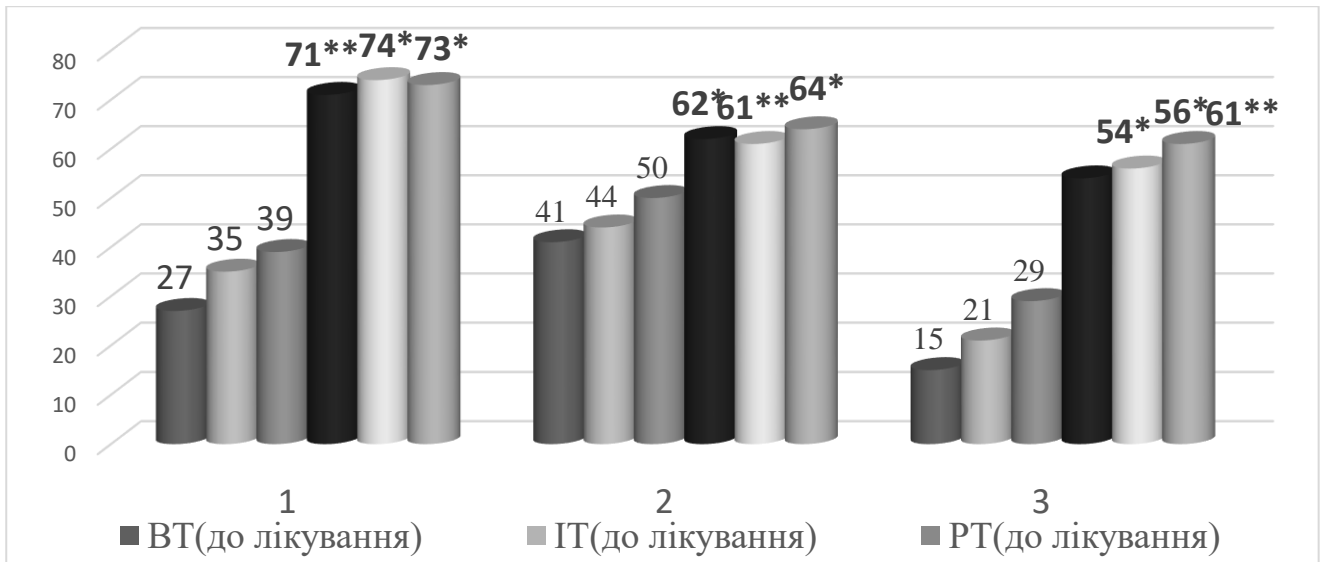


Рис. 10. Порівняння показників якості життя до та після проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

Примітка: 1 – рольове функціонування обумовлене фізичним станом, 2 – інтенсивність болю, 3 – життєва активність.

* - $p \leq 0,05$ у порівнянні з показниками до лікування

** - $p \leq 0,01$ у порівнянні з показниками до лікування

У даній категорії досліджуваних оцінено рівень суїцидального ризику за шкалою Любан Плоцца та отримано наступні результати: показник «високий ризик суїциду» мали 4 особи (4,3 %), середній ризик суїциду – 12 осіб (13,0 %), знижений ризик суїциду - 76 (82,6 %).

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання сучасної психіатрії – підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді на основі результатів комплексного дослідження епідеміологічних, клініко-психопатологічних, клініко-соціальних показників з урахуванням стану біологічних ритмів організму.

2. На основі епідеміологічного дослідження показаний вплив сонячної активності на перебіг першого психотичного епізоду, про що свідчить пік госпіталізацій хворих на «шизофренію, параноїдну форму» у 2001 та 2003 роках, з «гострими та транзиторними психотичними розладами» у 2002 та 2005, (максимум сонячної активності, збільшення середньорічного значення чисел Вольфа). Рівень захворюваності при першому епізоді психозу тісно пов'язаний з циркануальною (навколорічною) ритмікою, що зумовило виражені максимуми госпіталізацій (у березні та жовтні при «шизофренії», лютому та листопаді при «гострих та транзиторних психотичних розладах»).

3. Доведено, що існує зв'язок між рівнем суїцидального ризику та психопатологічними симптомами: в ОГ1 суїцидальний ризик з симптомами «напруженість» ($p \leq 0,01$), «ворожнечість» ($p \leq 0,05$), «манірність, вичурність поведінки» ($p \leq 0,01$), «збудження» ($p \leq 0,01$), «підозрілість» ($p \leq 0,05$); в ОГ2 - зі «зниженням установки на співпрацю з лікарем» ($p \leq 0,01$), «афективною сплосченістю, притупленням» ($p \leq 0,05$).

4. Встановлено виражені зв'язки між показниками якості життя та індивідуальним хронотипом, а саме прямий кореляційний зв'язок шкал «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» ($p \leq 0,01$), «інтенсивність болю» ($p \leq 0,01$), «життєва активність» ($p \leq 0,01$) із ранковим та вечірнім типами працездатності.

5. Показано, що преморбідні особливості мають вплив на ступінь суїцидального ризику: у пацієнтів із високим суїцидальним ризиком в періоді 12-15 років - переважання порушення «взаємовідносин з однолітками» ($2,1 \pm 0,43$ балів) та «адаптації в школі» ($1,7 \pm 0,57$ бали), в періоді 17-18 років – «комунікабельність» ($1,3 \pm 0,61$ бали), в періоді після 19-ти років – «незадоволеність сексуальними аспектами життя» ($2,2 \pm 0,38$ бал).

6. За результатами факторного аналізу встановлено, що фактор рівня суїцидального ризику має зворотній зв'язок із добовою активністю, що свідчить про вплив вечірнього типу працездатності на рівень суїцидального ризику. Вечірній тип пов'язаний переважно із позитивними психопатологічними симптомами, ранковий тип – негативними, а індіферентний тип – загальними психопатологічними симптомами.

7. Розроблено систему лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біоритмологічного статусу та патопсихологічних особливостей, яка поєднує застосування традиційної фармакотерапії, із використанням психоосвітньої програми в рамках ранньої психосоціальної реабілітації з урахуванням індивідуального хронотипу на другому етапі психофармакологічної терапії.

8. Використання у комплексу фармакотерапії згідно клінічних протоколів та психоосвітньої програми на засадах хрономедицини показало її достатню ефективність, про що свідчить переважання показника «значне покращення» в ОГ 1 у 51,9 % хворих, в ОГ 2 – 57,1 %, з підвищенням рівня психологічного, соціального та професійного функціонування після проведеного курсу терапії та тривалість ремісії – 58,7 % пацієнтів протягом року не звертались за повторною допомогою, у 82,6 % хворих визначений знижений ризик суїциду.

СПИСОК ПРАЦЬ ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Бойко Д. І. Клініко-психопатологічні аспекти аутоагресивної поведінки у пацієнтів із першим психотичним епізодом з урахуванням впливу біологічних ритмів / Д. І. Бойко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т.24, Вип.4 (89). – С. 40-43.

2. Бойко Д. І. Клінічна характеристика пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біологічних ритмів / Д. І. Бойко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2016. – Т.16, Вип.2(54). – С. 61 – 66.

3. Скрипніков А. М. Епідеміологічні аспекти першого психотичного епізоду з урахуванням впливу геліогеофізичних факторів / А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Д. І. Бойко // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Т.1, Вип.2(128). – С. 102 – 105. *(Здобувачем здійснено статистичну обробку даних та підготовку статті до друку).*

4. Скрипніков А. М. Преморбідні особливості з урахуванням біоритмів у пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді / А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Д. І. Бойко // Медична психологія – 2016. – Т.11, №.2(42). – С. 42 – 46. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку статті до друку).*

5. Животовська Л. В. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів з першим психотичним епізодом з урахуванням біологічних ритмів / Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, Л. А. Боднар, В. В. Шиндер // ScienceRise:Medicalscience. – 2017. – 3(11). – С. 15-19. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне та патофизиологічне обстеження хворих, статистичну обробку даних та підготовку статті до друку).*

6. Boiko D. I. Clinical and psychopathological characteristics of the autoaggressive behavior in patients with the first psychotic episode with considering circadian rhythms / D.I. Boiko, L.V. Zhyvotovska, H.T. Sonnik, A.M. Skrypnikov // Wiadomosci Lekarskie. – 2017. – 70(3 pt 2). – P. 553-557. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне та патофизиологічне обстеження хворих та підготовку статті до друку).*

7. Животовська Л. В. Клініко-психопатологічна характеристика пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді з урахуванням біоритмологічного статусу / Л. В. Животовська, Д. І. Бойко // Медична наука та медична практика в Україні: проблеми розвитку та взаємодії: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 18-19 вересня, 2015 р. – Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2015. – С.12–15. *(Здобувачем розроблено концепцію та здійснено підготовку тез до друку).*

8. Бойко Д. І. Фактори суїцидального ризику у пацієнтів з першим епізодом психозу / Д. І. Бойко, Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // Архів психіатрії. – 2017. – том 23, №1(88). – С. 61–62. *(Здобувачем розроблено концепцію та здійснено підготовку тез до друку).*

9. Животовська Л. В. Оцінка якості життя при проведенні комплексної терапії у хворих на перший психотичний епізод з урахуванням біоритмологічного статусу / Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, В. В. Шиндер // Wiadomości Lekarskie. – 2017. – tomLXX, nr3, czI. – С. 524–525. *(Здобувачем здійснено клініко-психопатологічне обстеження хворих та здійснено підготовку тез до друку).*

10. Бойко Д. І. Епідеміологічні аспекти першого психотичного епізоду з урахуванням впливу геліогеофізичних факторів / Д. І. Бойко // Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine. International research and practice conference – Lublin, Republic of Poland, April 28-29, 2017. – С. 11–14.

11. Скрипніков А. М. Епідеміологічна, клініко-психопатологічна, соціальна характеристика та особливості лікування пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біологічних ритмів: Методичні рекомендації / А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Д. І. Бойко / Полтава, 2017. — 19 с. *(Дисертантом здійснено клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження хворих та здійснено статистичну обробку отриманих даних).*

АННОТАЦІЯ

Бойко Д.І. Клініко-психопатологічна характеристика аутоагресивної поведінки у пацієнтів з першим психотичним епізодом, її комплексна терапія та профілактика з урахуванням біологічних ритмів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2018.

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення й нове вирішення актуального завдання сучасної психіатрії – підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді на основі результатів комплексного дослідження епідеміологічних, клініко-психопатологічних, клініко-соціальних показників з урахуванням стану біологічних ритмів організму.

Встановлено вплив на динаміку захворюваності у пацієнтів з першим психотичним епізодом геліогеофізичних факторів, що зумовило виражені максимуми госпіталізацій (у березні та жовтні при «шизофренії», лютому та листопаді при «гострих та транзиторних психотичних розладах»).

Встановлений зв'язок між рівнем суїцидального ризику та певними симптомами, між показниками якості життя та індивідуальним хронотипом.

Виявлено за результатами факторного аналізу, що вечірній тип працездатності має зв'язок із рівнем суїцидального ризику більшої сили ніж ранковий та індіферентний типи. Вечірній тип пов'язаний переважно із позитивними психопатологічними симптомами, ранковий тип – негативними, а індіферентний тип – загальними психопатологічними симптомами.

Оптимізовано систему лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді з урахуванням біоритмологічного статусу та патопсихологічних особливостей, яка поєднує застосування традиційної фармакотерапії згідно клінічного протоколу із використанням психоосвітньої програми в рамках ранньої психосоціальної

реабілітації з урахуванням індивідуального хронотипу на другому етапі психофармакологічної терапії.

Ключові слова: перший психотичний епізод, аутоагресивна поведінка, біологічні ритми.

АННОТАЦИЯ

Бойко Д. И. Клинико-психопатологическая характеристика аутоагрессивного поведения у пациентов с первым психотическим эпизодом, ее комплексная терапия и профилактика с учетом биологических ритмов. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 - психиатрия. - ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». - Харьков, 2018.

В диссертационной работе приведены теоретическое обобщение и новое решение актуальной задачи современной психиатрии - повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий аутоагрессивного поведения при первом психотическом эпизоде на основе результатов комплексного исследования эпидемиологических, клинико-психопатологических, клинико-социальных показателей с учетом состояния биологических ритмов организма.

Установлено влияние на динамику заболеваемости у пациентов с первым психотическим эпизодом гелиогеофизических факторов, обусловило выраженные максимумы госпитализаций (в марте и октябре при «шизофрении», феврале и ноябре при «острых и транзиторных психотических расстройствах»).

Установлена связь между уровнем суицидального риска и определенными симптомами, между показателями качества жизни и индивидуальным хронотипом.

Выявлено по результатам факторного анализа, вечерний тип работоспособности имеет связь с уровнем суицидального риска большей силы, чем утренний и индифферентный типа. Вечерний тип связан преимущественно с положительными психопатологическими симптомами, утренний тип - отрицательными, а индифферентный тип - общими психопатологическими симптомами.

Оптимизирована система лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с аутоагрессивным поведением при первом психотическом эпизоде с учетом биоритмологического статуса и патопсихологических особенностей, которая сочетает применение традиционной фармакотерапии согласно клинического протокола с использованием психообразовательной программы в рамках ранней психосоциальной реабилитации с учетом индивидуального хронотипа на втором этапе психофармакологического терапии.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, аутоагрессивное поведение, биологические ритмы.

SUMMARY

Boiko D.I. Clinico-psychopathological characteristic of auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode, its complex therapy and prevention with considering biological rhythms. - The manuscript.

The dissertation for the degree of a Candidate of Medical Sciences (Doctor of Philosophy) on the specialty 14.01.16 "Psychiatry". – "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" State Institution, Kharkiv, 2018.

In the dissertation the theoretical generalization and a new solution of the actual problem of modern psychiatry - increase of efficiency of treatment and rehabilitation measures of auto-aggressive behavior at the first psychotic episode on the basis of the results of complex research of epidemiological, clinical and psychopathological, clinical and social indicators taking into account the state of biological rhythms of the organism are presented.

The influence on the dynamics of morbidity in patients with the first psychotic episode of heliogeophysical factors was determined, which determined the expressed maxima of hospitalizations (in March and October with "schizophrenia", February and November in "acute and transient psychotic disorders").

There is a relationship between the level of suicidal risk and certain symptoms, between quality of life indicators and individual chronotypes.

According to the results of the factor analysis, the evening type of workability has a relation with the level of suicidal risk higher than the morning and indifferent types. Evening type is mainly associated with positive psychopathological symptoms, morning type - negative, and indifferent type - common psychopathological symptoms.

The system of treatment and rehabilitation measures in patients with auto-aggressive behavior during the first psychotic episode taking into account the biorhythmological status and psychopathological features is optimized, which combines the use of traditional pharmacotherapy according to the clinical protocol with the use of a psycho-educational program within the framework of early psychosocial rehabilitation, taking into account the individual chronotype in the second stage of psychopharmacological therapy.

Key words: first psychotic episode, auto-aggressive behavior, biological rhythms.

Підписано до друку 24.04.2018 р. Формат 60x90/16
Папір офсетний. Друк цифровий. Умов. друк. арк. 0,9. Тираж 100 прим. Зам. 418
Віддруковано: ФОП Здоровий А.Я. «Оперативна поліграфія».
61003, м. Харків, пров. Кравцова, 11, тел. 750-63-23