

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

**МОЛЧАНОВА ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК: 616.895.87-07-085:616.89-008.45

**НЕЙРОКОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ  
У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ  
(КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ)**

14.01.16 – Психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор **Дзеружинська Наталія Олександрівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра психіатрії і наркології, професор кафедри

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Пішель Віталій Ярославович**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділ медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, завідувач відділу;

доктор медичних наук, професор **Мішиєв В'ячеслав Данилович**, ТМО «Психіатрія» у м. Києві, директор.

Захист відбудеться «30» жовтня 2018 р. о 10:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий «28» вересня 2018 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат медичних наук, с.н.с.



О. П. Олійник

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Шизофренія є одним з найбільш поширених психічних розладів, який призводить до несприятливих соціальних та економічних наслідків. На сьогодні завдяки фармакотерапії при шизофренії можливо усунення позитивних симптомів, переривання гострого психозу та запобігання госпіталізацій шляхом підтримуючого лікування. Разом з тим функціональний статус пацієнтів залишається незадовільним, хоча більшу частину часу вони проводять у соціумі (Jääskeläinen E. et al., 2013; Carpenter W.T. et al., 2008).

За результатами дослідження Harvey P.D. та співавторів (2012) лише 19 % з обстежених пацієнтів за всю історію захворювання мали три ознаки соціальної адаптації – власну сім'ю, роботу та фінансову незалежність. За даними інших авторів дві третини пацієнтів із шизофренією ніколи не одружуються (Tandon R. et al., 2009), менше 15 % намагаються знайти роботу (Rosenheck R. et al., 2006), 20 % стають безхатченками (Folsom D.P. et al., 2005). З'являється все більше даних про те, що саме когнітивний дефіцит справляє значний негативний вплив на довготривалий прогноз та можливості соціалізації хворих на шизофренію (Вербенко В.А., 2007; Heinrichs R.W. et al., 2013; Preda A. et al., 2011).

Окрім первинної нейродегенеративної патології (хвороби Альцгеймера та інших деменцій), когнітивні порушення мають значну питому вагу у структурі клінічних проявів афективних розладів і шизофренії (Марута Н.О., Вербенко Г.М., 2016; Левада О.А., 2017; Здорик І.Ф., 2013; Harvey P.D., 2013). Порушення когнітивних функцій спостерігаються у 98 % пацієнтів із шизофренією незалежно від виразності позитивних, негативних та афективних симптомів захворювання (Dibben C.R. et al., 2009; Keefe R.S. et al., 2005). На виразність когнітивних порушень впливає збільшення сумарного часу, проведеного в умовах психіатричного стаціонару, тривалість антипсихотичної терапії та накопичення стресу, асоційованого з життям із тяжким хронічним психотичним розладом. Когнітивні порушення (КП) при шизофренії розглядаються як один із значущих критеріїв прогнозу захворювання, ефективності терапії та реабілітації, визначають динаміку якості життя й соціальної адаптації пацієнтів (Пішель В.Я., 2007; Напрєєнко О.К., 2009; Пінчук І.Я., 2012). Тому пошук можливостей відновлення когнітивного функціонування є одним із найбільш актуальних напрямків досліджень.

На сьогодні показаний позитивний вплив деяких атипичних антипсихотиків на когнітивне функціонування у пацієнтів із шизофренією (Keefe R.S. et al., 2006; Wang J. et al., 2013; Yoshiteru Takekita et al., 2016). Ще одним напрямком, який розглядається як прокогнітивна інтервенція, є нейрокогнітивні тренування. Згідно з даними мета-аналізів (Wykes T. et al., 2011) нейрокогнітивні тренування справляють позитивний ефект у відношенні виконання пацієнтами когнітивних тестів (0,41; ДІ від 0,29 до 0,52;  $p < 0,001$ ) і дещо менший ефект у відношенні соціального функціонування (0,35; ДІ від 0,07 до 0,62;  $p < 0,05$ ). У більшості досліджень когнітивний дефіцит, соціальне функціонування та їх динаміка в ході лікувально-реабілітаційного процесу вивчалися за участю переважно стаціонарних пацієнтів, ступінь соціального залучення яких суттєво відрізняється від такого в пацієнтів, що знаходяться у домашніх умовах. Невирішеними питаннями у цьому напрямку

залишаються можливості персоналізації заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, та дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань.

Таким чином, незважаючи на достатню кількість робіт, що присвячено вивченню когнітивного дефіциту у хворих на шизофренію, подальшого вирішення потребує питання діагностики рівня когнітивного дефіциту хворих у стані ремісії захворювання, його динамічних змін та впливу на соціальне функціонування, а також можливостей корекції цього дефіциту та покращення прогнозу захворювання і соціалізації хворих за допомогою немедикаментозних методів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом НДР кафедри психіатрії наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Протирецидивна терапія та третинна профілактика нециркулярних депресій при основних формах психічних розладів в період ремісії» (№ держреєстрації 0115U000699). Дисертант є співвиконавцем даного дослідження.

**Мета дослідження:** Удосконалити амбулаторну психіатричну допомогу хворим на параноїдну шизофренію (ПШ) шляхом розробки та впровадження диференційованої програми нейрокогнітивного відновлення на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей, соціального функціонування та когнітивного профілю даної категорії пацієнтів.

**Задачі дослідження:**

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості, соціальне функціонування та когнітивний профіль амбулаторних хворих на ПШ.

2. Оцінити взаємозв'язок когнітивних порушень та соціального функціонування у хворих на ПШ.

3. Встановити особливості клініко-психопатологічної картини, структури когнітивних порушень та соціального функціонування у хворих на ПШ з різною тривалістю захворювання (до 10 років та 10 і більше років).

4. Розробити, впровадити та оцінити ефективність диференційованої програми когнітивно-відновлювальної терапії хворих на ПШ з різною тривалістю захворювання.

*Об'єкт дослідження:* параноїдна шизофренія.

*Предмет дослідження:* клініко-психопатологічні, нейрокогнітивні особливості захворювання та соціальне функціонування хворих на ПШ з різною тривалістю захворювання, когнітивно-відновлювальна терапія.

**Методи дослідження:** соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, нейропсихологічний, статистичний.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Вперше співставлено клініко-психопатологічні особливості та структуру когнітивних порушень амбулаторних хворих на ПШ зі стажем хвороби до 10 років та 10 і більше років. Також вперше розглянуто особливості соціального функціонування у даних груп хворих та проведено аналіз зв'язку когнітивного профілю та рівня соціального функціонування. Вперше запропоновано диференційовану програму когнітивно-відновлювальної терапії у групі пацієнтів, що досліджується. Вивчено ефективність застосування даної програми нейрокогнітивного відновлення щодо рівня

когнітивного та соціального функціонування у хворих на ПШ з різною тривалістю хвороби. Катамнестично (через 6 місяців) оцінено стійкість змін клініко-психопатологічної симптоматики, когнітивного профілю та рівня соціального функціонування даних осіб, продемонстровано ефективність реабілітації хворих із великим стажем захворювання.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у підвищенні рівня когнітивного та соціального функціонування у хворих на ПШ з різною тривалістю хвороби завдяки застосуванню диференційованої програми нейрокогнітивного відновлення. Отримані дані щодо структури когнітивного профілю та соціального функціонування хворих на шизофренію з різною тривалістю хвороби можуть бути застосовані при створенні індивідуальних реабілітаційних програм з метою покращення результатів терапії та отримання якісної стійкої ремісії захворювання.

Використання запропонованої нами програми нейрокогнітивного відновлення дозволить покращити якість надання медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію (шляхом підвищення рівня комплаєнсу, зниження частоти регоспіталізацій) та адаптацію хворих у соціумі.

Розроблені за результатами дисертаційної роботи практичні рекомендації використовуються в практиці спеціалістів ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві (Київські міські психоневрологічні лікарні № 1, № 2, № 3 і психоневрологічні диспансери № 1, № 2, № 3, № 4, № 5) та комунального лікувально-профілактичного закладу «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького». Наукові розробки за результатами дисертації використовуються у навчальному процесі кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

**Особистий внесок здобувача.** Автором проведено аналітичний огляд вітчизняних та іноземних літературних джерел згідно теми роботи, визначено актуальність теми, сформовано мету та задачі дослідження. Дисертант самостійно розробила інструментарій дослідження (карту клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з використанням клінічних опитувальників, психодіагностичних методик), провела відбір хворих і за допомогою вказаних методів обстежила 71 хворого з ПШ. Автором самостійно сформовано базу даних отриманих результатів, проведено їх статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів дослідження. Автором запропоновано і апробовано диференційовану програму нейрокогнітивного відновлення для цих пацієнтів, проведено оцінку її ефективності. Дисертантом самостійно розроблено основні теоретичні і практичні положення роботи, особисто написані всі розділи дисертації, автореферат та статті за темою дослідження, оформлено таблиці та ілюстративний матеріал і сформульовано висновки. Результати роботи відображені в опублікованих наукових працях, доповідях та впроваджені у клінічну практику закладів охорони здоров'я.

**Апробація роботи.** Матеріали дисертаційної роботи доповідались на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія» (м. Київ, 20 жовтня 2017 р.); науково-практичній конференції з міжнародною

участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення» (м. Київ, 27-29 квітня 2017 р.); IV науковій конференції «Фундаментальні та прикладні дослідження у сучасній науці» (м. Харків, 2016 р.); науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології» (м. Харків, 7-9 жовтня 2015 р.).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, у тому числі: 6 статей (з них 2 одноосібні) у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 6 тез доповідей у матеріалах наукових форумів і конгресів.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 160 сторінках друкованого тексту (основного змісту – 110 сторінок) і складається з анотації, вступу, огляду літератури, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, списку використаних джерел. Дисертація ілюстрована 13 таблицями та 15 рисунками. Список використаних джерел містить 160 праць, з них 149 іноземними мовами.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дослідження було проведене на базі психоневрологічного відділення комунального лікувально-профілактичного закладу «Ніжинська центральна міська лікарня імені Миколи Галицького» та лікувально-профілактичного закладу «Ніжинська центральна районна лікарня» протягом 2013-2017 років.

Розрахунок необхідної для дослідження величини виборок проведено за формулою:  $N = \frac{4\sigma^2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{D^2}$ , де  $N$  – загальний розмір вибірки,  $\sigma$  – передбачуване стандартне відхилення для груп,  $z_{\alpha}$  та  $z_{\beta}$  – параметри величини  $z$  для очікуваних рівнів значущості та потужності відповідно,  $D$  – очікувана величина ефекту. Вірогідність помилки першого роду прийнято на рівні 5%; вірогідність помилки другого роду прийнято на рівні 20%, що визначає запланований рівень потужності дослідження на рівні 80%. Очікувана величина клінічно ефекту за шкалою PSP складає не менше 6 балів при стандартному відхиленні даного показника 8 балів. Для забезпечення умов величини похибки першого роду не вище 5%, потужності 80%, досліджувані групи, де буде вивчатись динаміка показників при вказаному розмірі ефекту повинні включати не менше 28 одиниць спостереження.

Для проведення даного контрольованого дослідження аналізу ефективності нейрокогнітивного відновлення пацієнтів із ПШ було включено 71 пацієнта, які у період з 2013 по 2017 роки знаходились під диспансерним наглядом вищезазначених лікувальних закладів. Дослідження проводилось за умови інформованої згоди пацієнтів з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Для досягнення мети та рішення поставлених задач дисертаційне дослідження проводилось у декілька послідовних етапів. На початковому етапі здійснювався набір пацієнтів методом суцільної вибірки та їх оцінка у відповідності до критеріїв включення та виключення, проводилося клінічне обстеження для виявлення психопатологічної структури захворювання та вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів. Для цього ми використовували метод структурованого інтерв'ю із застосуванням спеціально розробленої карти обстеження пацієнта з ПШ.

Критеріями включення пацієнтів із шизофренією були: наявність у пацієнта психічного розладу, що відповідає дослідницьким діагностичним критеріям МКБ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія»; письмова інформована згода пацієнта на участь у дослідженні; вік пацієнта від 18 до 50 років включно.

Критеріями виключення пацієнтів із шизофренією були: наявність супутньої хімічної адикції за виключенням тютюнової; наявність гострої фази соматичного захворювання; наявність у пацієнта будь-якого психічного розладу, окрім такого, що відповідає дослідницьким діагностичним критеріям МКБ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія».

На другому етапі виконання роботи усі пацієнти були оцінені за допомогою шкали оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали персонального та соціального функціонування (PSP) на основі даних отриманих від пацієнта та осіб які проживають разом із пацієнтом або здійснюють догляд за ним, а також нейропсихологічних методик (Тест послідовних з'єднань частини А та В, Вісконсинський тест розкладки карток (WCST), Тест Лурія) для виявлення особливостей когнітивного функціонування з метою подальшого використання цих даних при розробці диференційованої програми нейрокогнітивного відновлення цієї групи хворих.

На основі отриманих даних оцінки нейрокогнітивного і соціального функціонування на третьому етапі було виконано порівняння нейрокогнітивного профілю та рівня соціального функціонування у пацієнтів з різною тривалістю захворювання – до 10 років та 10 і більше років.

На четвертому етапі після проведення аналізу отриманих клінічних даних (оцінка за шкалами PANSS, PSP, Тест послідовних з'єднань частини А та В, WCST) усі пацієнти, які були включені у дослідження, випадковим методом були розділені на дві групи. Основна група, в якій проводились запропоновані диференційовані відновні заходи, спрямовані на покращення нейрокогнітивного функціонування, включала 40 пацієнтів. Групу порівняння склали 31 хворий, які отримували лише медикаментозне лікування.

На останньому етапі дисертаційного дослідження проводилась динамічна оцінка стану пацієнтів основної і контрольної груп за шкалами PANSS та PSP, а також нейрокогнітивними тестами через один та шість місяців. Також був проведений аналіз та порівняння отриманих даних у пацієнтів основної групи із тривалістю захворювання до 10 років та 10 і більше років з метою дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань.

Статистичний аналіз даних проведено з використанням ліцензійної версії програми статистичного аналізу STATA 12.1.

Для кількісних показників проведено розрахунок середніх значень з оцінкою їх варіабельності (середнє арифметичне ( $X$ ), середньоквадратичне відхилення (стандартне відхилення –  $SD$ ), визначення статистичної значимості результатів з розрахунком середньої похибки середніх величин ( $m$ ) та визначенням 95 % довірчих інтервалів). Аналіз частотних характеристик якісних параметрів (соціально-демографічних та інших) проводили з розрахунком абсолютного числа спостережень в досліджуваних групах та розподілом характеристик у %. Порівняльний аналіз частотних характеристик (для якісних ознак) з оцінкою

суттєвості різниці між порівнюваними групами проводили за критерієм Хі-квадрат. У випадках аналізу характеристик, що рідко виявлялись у досліджуваних групах (число спостережень в підгрупах – 5 і менше) використовували точний критерій Фішера. На попередньому етапі аналізу визначали характер розподілу даних з оцінкою нормальності розподілу (за критерієм Шапіро-Уїлка), що було обґрунтуванням для подальшого застосування параметричних (t-тест) та непараметричних методів аналізу (критерій Вілкоксона-Манна-Уїтні). Оцінку взаємозв'язку між досліджуваними параметрами когнітивних, психодіагностичних тестів та інших характеристик хворих проводили за ранговим коефіцієнтом кореляції Спірмена і оцінкою статистичної значимості результатів ( $p < 0,05$ ).

При плануванні дослідження прийнято граничний рівень похибки першого роду ( $\alpha$ ) не вище 5 % – ( $p < 0,05$ ), та рівень похибки другого роду ( $\beta$ ) не вище 20 %, що забезпечило потужність дослідження на рівні не нижче 80 %.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Критеріям включення відповідав 71 пацієнт: із них 34 жінки (47,9 %) та 37 (52,1 %) чоловіків. Середній вік чоловіків становив  $38,1 \pm 8,5$  року, жінок –  $39,4 \pm 10,3$  року. На момент обстеження 64 (90,1 %) пацієнта не працювали, мали інвалідність по психічному захворюванню – 55 (77,5 %). При обробці медичної документації було встановлено, що у більшості пацієнтів ( $n=50$ ; 70,4 %) було менше 10 госпіталізацій з приводу загострення психотичної симптоматики, остання госпіталізація була більше 1 року тому на момент включення у дослідження.

На основі аналізу і узагальнення отриманих даних було встановлено, що у пацієнтів із шизофренією оцінка за пунктами шкали PANSS, які склали групу КП згідно з класифікацією В.А. Вербенко, була більш високою, ніж у інших пунктах шкали: P2 концептуальна дезорганізація мислення  $3,7 \pm 0,64$  бали (95 % ДІ від 3,55 до 3,85); N5 порушення абстрактного мислення  $3,77 \pm 0,68$  бали (95 % ДІ від 3,61 до 3,93); N7 стереотипність мислення  $3,77 \pm 0,42$  бали (95 % ДІ від 3,67 до 3,87); G11 труднощі концентрації уваги  $3,78 \pm 0,44$  бали (95 % ДІ від 3,68 до 3,89); G12 порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби  $3,08 \pm 0,76$  бали (95 % ДІ від 2,90 до 3,26); G13 вольові порушення  $3,78 \pm 0,50$  бали (95 % ДІ від 3,66 до 3,90).

При оцінці соціального функціонування за шкалою PSP найбільш виражені порушення у пацієнтів із ПШ були виявлені у областях «соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання»  $4,09 \pm 0,61$  бали (95 % ДІ від 3,95 до 4,24) та «стосунки з близькими та інші соціальні відносини»  $3,26 \pm 0,71$  бали (95 % ДІ від 3,09 до 3,43). Найменш вираженими були виявлені порушення у областях «догляд за собою (самообслуговування)»  $1,98 \pm 0,66$  бали (95 % ДІ від 1,82 до 2,14) та «порушуюча спокій оточуючих та агресивна поведінка»  $1,12 \pm 0,33$  бали (95 % ДІ від 1,04 до 1,20), що обумовлено включенням у дослідження амбулаторних пацієнтів. Було виявлено, що майже усі пацієнти (98,5 %) мали помітні, значно чи сильно виражені труднощі у області «соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання». 60 (84,5 %) пацієнтів мали такий же рівень порушень у області «стосунки з близькими та інші соціальні відносини». Лише у 13 (18,3 %) пацієнтів були відмічені помітні, значно чи сильно виражені труднощі у догляді за собою (самообслуговуванні).



Усі пункти шкали PANSS, які склали групу КП, мали прямі кореляційні зв'язки з областю b соціального функціонування – «стосунки з близькими та інші соціальні відносини». Прямий кореляційний зв'язок також був виявлений між областями соціального функціонування а – «соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання», с – «догляд за собою» та вищезазначеними пунктами шкали PANSS окрім N5 (порушення абстрактного мислення). Найбільш виражений обернено пропорційний кореляційний зв'язок було виявлено між загальним балом PSP та усіма пунктами шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень (табл. 1).

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу виразності психопатологічної симптоматики та рівня соціального функціонування

	PSP область а	PSP область b	PSP область с	PSP область d	Загальний бал PSP
P2	0,423*	0,475*	0,331*	0,151	-0,591*
N5	0,156	0,314*	0,117	0,125	-0,309*
N7	0,327*	0,479*	0,253*	0,142	-0,528*
G11	0,314*	0,377*	0,411*	0,231	-0,516*
G12	0,300*	0,496*	0,297*	0,371*	-0,541*
G13	0,350*	0,3*	0,421*	0,229	-0,410*
G15	0,492*	0,569*	0,416*	0,307*	-0,725*
Загальний бал PANSS	0,589*	0,719*	0,421*	0,363*	-0,828*

Примітка: \* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ( $p < 0,05$ ).

За даними дослідження когнітивного функціонування найбільш виражені статистично достовірні порушення були виявлені при виконанні тесту послідовних з'єднань частин А та В ( $153,6 \pm 84,06$  та  $294,9 \pm 121,63$  відповідно). При виконанні Віконсинського тесту розкладки карток кількість пройдених карток становила  $101,59 \pm 36,96$ ; загальна кількість правильних відповідей –  $57,32 \pm 21,75$ ; відсоток загальних помилок –  $42,32 \pm 14,53$ ; відсоток персеверативних помилок –  $20,6 \pm 9,6$ ; кількість пройдених категорій –  $2,83 \pm 1,8$ ; помилок утримання рахунку –  $0,73 \pm 0,83$ , що свідчить про дефіцит робочої пам'яті, швидкості обробки інформації та уваги у пацієнтів із шизофренією.

Слід звернути увагу, що 17 (23,95 %) обстежених із групи хворих на шизофренію не змогли завершити виконання частини В тесту послідовних з'єднань. Так, при виконання частини В тесту послідовних з'єднань пацієнти із ПШ виявляли труднощі у згадуванні попередньої цифри для того, щоб зробити наступний крок, що свідчить про дефіцит робочої пам'яті.

Виконання WCST супроводжувалось труднощами в утриманні умови сортування та зниженням мотивації до виконання завдання при появі на екрані монітора повідомлення про помилку. Також при виконанні WCST спостерігалась статистично значимо більша кількість персеверативних помилок, менша кількість пройдених категорій і разом з тим менша кількість помилок утримання рахунку.

Тобто пацієнти із ПШ не лише проходили менше категорій (надавали 10 правильних відповідей підряд), а й мали меншу кількість випадків, коли пацієнт не міг завершити категорію, але надавав 5 і більше послідовних правильних відповідей.

Разом з тим при оцінці кореляційного зв'язку між результатами нейрокогнітивних тестів і областями соціального функціонування прямий кореляційний зв'язок було виявлено лише між відсотком персеверативних відповідей та утрудненнями функціонування у області d («порушуюча спокій оточуючих та агресивна поведінка»). Отже, соціальне функціонування не пов'язане із виконанням окремих тестів, а обумовлене нейрокогнітивним профілем в цілому.

По тривалості захворювання пацієнтів було розподілено наступним чином: 37 (52,1 %) мали стаж захворювання до 10 років (в середньому –  $5,32 \pm 2,84$ ), 34 (47,9 %) – 10 і більше років (в середньому –  $18,67 \pm 6,77$ ). За результатами оцінювання за шкалою PANSS хворих на ПШ із різною тривалістю захворювання були виявлені статистично значимі відмінності за такими ознаками, як: P2 концептуальна дезорганізація мислення  $3,51 \pm 0,73$  та  $3,91 \pm 0,45$  відповідно, ( $p=0,008$ ), G11 труднощі концентрації уваги  $3,67 \pm 0,47$  та  $3,91 \pm 0,37$  відповідно ( $p=0,024$ ), G12 порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби  $2,89 \pm 0,77$  та  $3,29 \pm 0,71$  відповідно ( $p=0,026$ ), G13 вольові порушення  $3,67 \pm 0,47$  та  $3,91 \pm 0,51$  відповідно ( $p=0,048$ ), що може бути обумовлено прогресивним перебігом захворювання. Разом з тим, загальна оцінка за шкалами позитивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів статистично значимо не відрізнялась.

При оцінці соціального функціонування за шкалою PSP не було виявлено статистично значимої різниці між пацієнтами із тривалістю захворювання до 10 років та 10 і більше років (загальний бал PSP  $50,27 \pm 8,95$  та  $48,67 \pm 6,40$  відповідно;  $p=0,395$ ), що може бути обумовлено значним зниженням рівня соціального функціонування вже після першого психотичного епізоду та ранньою інвалідизацією таких хворих. Однак серед пацієнтів, що мали високий бал за шкалою PSP, більшість склали ті, хто хворіє менше 10 років. У області «соціально-корисна діяльність» помітно виражені (3 бали), значно виражені (4 бали) або сильно виражені (5 балів) порушення частіше спостерігались у пацієнтів, що хворіють 10 і більше років. У решті областей соціального функціонування за шкалою PSP вищезазначений рівень порушень спостерігався з однаковою частотою у обох підгрупах.

Отримані результати виконання нейрокогнітивних тестів свідчать про співставимий профіль когнітивного функціонування у таких доменах як швидкість обробки інформації, увага/пильність, слухова пам'ять та навчання, робоча пам'ять серед пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років та 10 і більше років, що узгоджується із поглядами на нейрокогнітивні порушення у пацієнтів і шизофренією як на фундаментальну ознаку, якій властиві стабільність та персистування незалежно від фази захворювання та інших симптомів (табл. 2).

Усі пацієнти, які були включені у дослідження, отримували підтримуюче лікування: у більшості випадків типовими антипсихотиками – 21 (39,62 %) особа, у вигляді монотерапії атипсовими антипсихотиками – 14 (26,42 %) пацієнтів, інші – 18 (33,96 %) – приймали комбінацію типових антипсихотиків з атипсовими.

Порівняння оцінки за нейрокогнітивними тестами хворих на ПШ із різною тривалістю захворювання при включенні у дослідження

Показники нейрокогнітивних тестів	Тривалість захворювання				P
	до 10 років (n=37)		10 і більше років (n=34)		
	M	SD	M	SD	
TA	107,76	28,25	101,32	40,11	0,953
TCOR	64,22	16,15	53,15	22,81	0,121
% TER	38,71	15,46	46,51	12,49	0,018*
% PER	19,93	7,92	21,42	11,31	0,057
CC	3,22	1,69	2,59	1,74	0,278
FMS	0,59	0,83	0,82	0,83	0,377
TMT_A	155,35	79,67	153,68	90,75	0,994
TMT_B	295,72	127,05	293,82	117,02	0,961
Лурія середнє	3,81	0,91	3,71	1,06	0,654
Лурія максимальне	5,86	1,42	5,38	1,23	0,131

Примітки: TA (Trials administered) – кількість пред'явлених карток; TCOR (Total correct) – загальна кількість правильних відповідей; % TER – загальна кількість помилок у відсотках WCST; % PER – кількість персеверативних помилок у відсотках; CC (Categories completed) – кількість пройдених категорій. FMS (failure to maintain set) – помилки утримання рахунку; \* – достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$ .

На наступному етапі дослідження усі пацієнти випадковим методом були розділені на дві групи. Основна група, в якій проводились запропоновані диференційовані відновні заходи, спрямовані на покращення нейрокогнітивного функціонування, включала 40 пацієнтів. Групу порівняння склали 31 хворий, які отримували лише медикаментозне лікування. Фармакотерапія у основній та контрольній групах була співставною.

На основі отриманих даних оцінки нейрокогнітивного функціонування була розроблена диференційована програма нейрокогнітивного відновлення хворих на ПШ. Диференційований підхід при виборі основних задач нейрокогнітивного відновлення визначався найбільш ураженим доменом когнітивного функціонування із залученням найбільш збережених когнітивних функцій. Програма нейрокогнітивного відновлення включала заходи, спрямовані на створення атмосфери довірчих відносин між пацієнтом і терапевтом, виконання вправ, спрямованих на покращення когнітивного функціонування, та планування повсякденних задач, які пацієнт мав прагнути виконати вдома до наступного заняття. Для виконання вправ, спрямованих на покращення когнітивного функціонування, використовувалась комп'ютеризована програма «Камертон», яка розроблена для пацієнтів із тяжкою психічною патологією та була максимально адаптована до цієї групи хворих (О.А. Скугаревський, В.Г. Об'єдков, А.П. Гелда; УО «Білоруський державний медичний університет», ГУ «РНПЦ психічного здоров'я», реєстраційний № 124-1109). З метою підвищення комплаєнсу для

кожного пацієнта було розроблене «Керівництво по індивідуальному застосуванню програми нейрокогнітивного відновлення», де у доступній формі для пацієнта викладені ключові аспекти занять. Формування диференційованої програми нейрокогнітивних тренувань базувалось на даних про завершеність виконання тестових завдань пацієнтом, час виконання Тесту послідовних з'єднань частини А та В, а також кількість пройдених категорій WCST. Основними точками впливу програми когнітивного відновлення були швидкість обробки інформації, увага, робоча пам'ять, слухова пам'ять. Нейрокогнітивні тренування проводились у відповідності до розробленої персоніфікованої програми із частотою три індивідуальних заняття на тиждень тривалістю по 40 хвилин протягом одного місяця.

Через один місяць спостереження були встановлені статистично достовірні відмінності загального балу та ознак шкали PANSS, що склали групу КП, між основною та контрольною групами (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка показників за шкалою PANSS у пацієнтів з ПШ після проведення нейрокогнітивних тренувань

Показ- ник PANSS	Основна група				Контрольна група				p*	p**
	При включенні		Через один місяць		При включенні		Через один місяць			
	M1	SD	M2	SD	M1	SD	M2	SD		
Загаль- ний бал	70,95	7,81	62,05	9,16	73,35	9,73	69,03	8,97	0,251	0,002
P2	3,7	0,75	2,95	0,59	3,70	0,46	3,35	0,55	0,950	0,004
N5	3,75	0,80	3,62	0,80	3,80	0,47	3,70	0,52	0,731	0,614
N7	3,77	0,42	3,12	0,51	3,77	0,42	3,58	0,50	0,993	0,001
G11	3,77	0,42	3,05	0,59	3,80	0,47	3,61	0,55	0,769	0,001
G12	3,12	0,82	2,67	0,79	3,80	0,47	3,61	0,55	0,618	0,339
G13	3,7	0,51	3,12	0,56	3,90	0,47	3,58	0,62	0,092	0,001
G15	2,35	0,66	2,1	0,59	2,74	0,89	2,48	0,76	0,037	0,02

Примітки: SD – стандартне відхилення; p\* – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні основної та контрольної груп при включенні у дослідження за критерієм Манна-Уїтні; p\*\* – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні основної та контрольної груп через 1 місяць за критерієм Манна-Уїтні.

Як видно з таблиці 3, не спостерігалось статистично значущої різниці між більшістю показників шкали PANSS в досліджуваних групах, лише за ознаками N5 (порушення абстрактного мислення) та G12 (порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби), що може бути обумовлено не стільки власне порушенням дискретних нейрокогнітивних функцій у певних доменах, а скільки індивідуальними особливостями типу мислення, що властиві хворим при даній психопатології. Отримані дані свідчать про позитивний вплив нейрокогнітивних тренувань на когнітивні функції у пацієнтів із ПШ.

При оцінці внутрішньогрупової динаміки ознак за шкалою PANSS було встановлено, що динаміка за загальним балом PANSS в основній групі склала -12,54 % ( $p=0,001$ ), тоді як у контрольній групі цей показник становив -5,88 % ( $p=0,074$ ). При порівнянні динаміки показників шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень основної і контрольної груп було встановлено, що найбільш вираженою в основній групі була динаміка за показниками P2 (концептуальна дезорганізація мислення) -20,27 % ( $p=0,001$ ), N7 (стереотипність мислення) -17,24 % ( $p=0,001$ ), G11 (труднощі концентрації уваги) -19,09 % ( $p=0,001$ ), G12 (порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби) -14,42 % ( $p=0,015$ ), G13 (вольові порушення) -15,40 % ( $p=0,001$ ), тоді як у контрольній групі ці показники склали -9,45 % ( $p=0,452$ ) -5,3 % ( $p=0,106$ ), -5,0 % ( $p=0,147$ ), -6,27 % ( $p=0,244$ ) та -8,20 % ( $p=0,024$ ) відповідно (рис. 1).

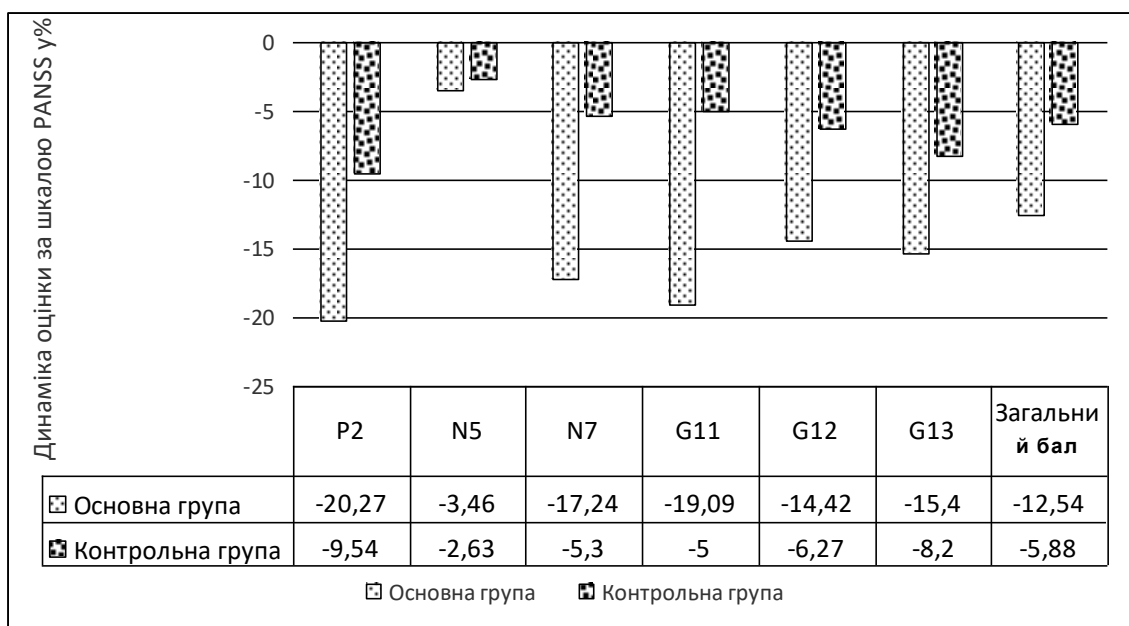


Рис. 1. Оцінка внутрішньогрупової динаміки ознак за шкалою PANSS через один місяць спостереження

Через шість місяців спостереження між групами зберігалась достовірна різниця як за загальним балом PANSS ( $p=0,0009$ ), так і за іншими пунктами шкали, що демонструє позитивні результати запропонованої програми нейрокогнітивного відновлення та збереження позитивної динаміки психічного стану. Крім того, через шість місяців у контрольній групі відмічено погіршення оцінки за шкалою PANSS.

Через один місяць спостереження загальний бал за шкалою PSP статистично достовірно підвищився у основній групі і змінився з інтервалу 41-50 до 51-60 ( $p=0,0001$ ), що свідчить про наявність значно виражених порушень лише в одній із областей а-с, тоді як бал у інтервалі 41-50 свідчить про наявність значно виражених порушень у двох і більше областей. Таким чином, у пацієнтів основної групи стали менш виразними утруднення у щонайменше в одній із областей а-с. Динаміка загального балу за шкалою PSP в основній групі через один місяць склала 14,88 %, тоді як у контрольній групі цей показник склав 1,38 %. Найбільш виражені зміни

спостерігались у областях «стосунки з близькими та інші соціальні відносини» та «догляд за собою» (-15,52 % та -15,22 % відповідно). Через шість місяців спостереження позитивна динаміка зберігалась.

При порівнянні змін за нейрокогнітивними тестами у основній групі спостерігалась позитивна динаміка у всіх доменах когнітивного функціонування після проведення нейрокогнітивних тренувань. Через один місяць спостереження статистично значимо зменшився відсоток неправильних відповідей ( $p=0,0001$ ), персеверативних помилок ( $p=0,042$ ), збільшилась кількість помилок утримання рахунку (тобто пацієнти частіше надавали 5 і більше послідовних правильних відповідей) ( $p=0,001$ ) та кількість пройдених категорій ( $p=0,002$ ). Також спостерігалась позитивна динаміка у виконанні тесту послідовних з'єднань частини А та частини В. Через один місяць спостереження кількість пацієнтів основної групи, які завершили виконання частини В тесту послідовних з'єднань, становила 75 %, WCST – 65 %, тоді як у контрольній групі ці показники склали 64,5 % та 41,9 % відповідно, що свідчить про позитивний вплив нейрокогнітивних тренувань на робочу пам'ять.

При включенні у дослідження була виявлена статистично значуща різниця між пацієнтами із тривалістю захворювання до 10 років та 10 і більше років у ознаках шкали PANSS, що склали групу когнітивних порушень, P2 концептуальна дезорганізація мислення ( $p=0,006$ ), G11 труднощі концентрації уваги ( $p=0,03$ ), G12 порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби ( $p=0,036$ ), тоді як за ознаками N5 порушення абстрактного мислення ( $p=0,63$ ), N7 стереотипність мислення ( $p=0,2$ ), G13 вольові порушення ( $p=0,161$ ) та G15 соціальна активність ( $p=0,08$ ) статистично значущої різниці не було виявлено. Після проведення нейрокогнітивних тренувань не спостерігалось статистично значущої відмінності за всіма ознаками, що склали групу когнітивних порушень між пацієнтами обох підгруп, що свідчить про позитивний вплив нейрокогнітивних тренувань на когнітивне функціонування як у пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років, так і 10 і більше років. Через шість місяців спостереження статистично значуща різниця між пацієнтами із тривалістю захворювання до 10 років та 10 і більше років спостерігалась за ознаками P2 ( $p=0,02$ ), N7 ( $p=0,03$ ), G11 ( $p=0,006$ ), G15 ( $p=0,037$ ), що свідчить про збереження позитивної динаміки через шість місяців після проведення нейрокогнітивних тренувань у пацієнтів з меншою тривалістю захворювання і втрату позитивної динаміки пацієнтами, що хворіють 10 і більше років.

Загальний бал за шкалою PSP при включенні у дослідження становив  $52,94 \pm 9,3$  у пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років та  $48,28 \pm 6,7$  у пацієнтів, що хворіють 10 і більше років ( $p=0,075$ ). При оцінці відмінностей оцінки за шкалою PSP у окремих областях соціального функціонування було виявлено, що оцінка відносин з близькими» ( $p=0,354$ ), догляду за собою ( $p=0,110$ ) та конфліктної поведінки ( $p=0,793$ ) статистично значимо не відрізнялась у пацієнтів обох підгруп. Статистично значимо нижчий бал у області «соціально корисна діяльність» мали пацієнти, що хворіють до 10 років ( $3,73 \pm 0,6$  проти  $4,14 \pm 0,5$ ;  $p=0,043$ ). Після проведення нейрокогнітивних тренувань не спостерігалось статистично значущої різниці між пацієнтами обох підгруп за загальним балом PSP ( $59,78 \pm 9,1$  проти

56,38±7,0;  $p=0,191$ ), що свідчить про позитивну динаміку рівня соціального функціонування у пацієнтів із більш тривалим терміном захворювання. Однак слід зазначити, що ці зміни не були збережені через 6 місяців спостереження: загальний бал у пацієнтів, що хворіють до 10 років, дещо підвищився і склав 61,33±7,3 бали, тоді як у тих, що хворіють 10 і більше років цей показник склав 55,3±6,4 бали ( $p=0,01$ ).

Після завершення нейрокогнітивних тренувань результати виконання нейрокогнітивних тестів пацієнтів, що хворіють до 10 років не відрізнялись від таких, що хворіють 10 і більше років. Тобто динаміка нейрокогнітивного функціонування була співставимою у пацієнтів обох підгруп, що узгоджується із даними інших досліджень щодо ефективності нейрокогнітивного відновлення у пацієнтів із великим стажем захворювання.

Отримані результати свідчать про ефективність та перспективність використання запропонованої програми нейрокогнітивного відновлення у пацієнтів, що мають більш тривалий термін захворювання, та необхідність повторних проведень нейрокогнітивних тренувань у цієї групи хворих. Впровадження методів когнітивного відновлення на амбулаторному етапі лікуванні пацієнтів із ПШ дозволить підвищити результативність лікувальних заходів із забезпеченням етапності допомоги цій групі пацієнтів.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на підставі дослідження соціального та когнітивного функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різною тривалістю захворювання здійснено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної науково-практичної задачі: удосконалення амбулаторної психіатричної допомоги шляхом розробки диференційованої програми нейрокогнітивного відновлення для даної категорії пацієнтів.

2. Встановлено, що найбільш вираженими клініко-психопатологічними проявами у амбулаторних хворих на ПШ були негативні (емоційна відгородженість, труднощі у спілкуванні, пасивно-апатична соціальна відгородженість, порушення абстрактного мислення, стереотипне мислення) та ознаки когнітивних порушень (пункти шкали PANSS за класифікацією В.А. Вербенко: дезорганізація мислення, порушення уваги, розлади волі та зниження критики до свого стану). Соціальне функціонування хворих (за шкалою особистісного і соціального функціонування PSP) характеризувалась значними та сильно вираженими труднощами, особливо у сферах «соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання» ( $4,09\pm 0,61$ ) та «стосунки з близькими та інші соціальні відносини» ( $3,26\pm 0,71$ ). У досліджуваній групі пацієнтів виявлено статистично достовірні ( $p<0,05$ ) порушення в нейрокогнітивному профілі у вигляді дефіциту робочої пам'яті, швидкості обробки інформації та уваги (за результатами Тесту послідовних з'єднань частин А та В, WCST).

3. За результатами кореляційного аналізу виявлено сильний обернений кореляційний взаємозв'язок між загальним балом за шкалою PANSS та загальним балом рівня соціального функціонування за шкалою PSP ( $r=-0,828$ ,  $p=0,001$ ), а також

середній позитивний взаємозв'язок між усіма ознаками когнітивних порушень шкали PANSS та основними областями персонального та соціального функціонування,

4. У пацієнтів із ПШ з різною тривалістю захворювання встановлено статистично значимі відмінності за когнітивними ознаками шкали PANSS такими, як концептуальна дезорганізація мислення ( $p=0,008$ ), труднощі концентрації уваги ( $p=0,024$ ), порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби ( $p=0,026$ ), вольові порушення ( $p=0,048$ ), хоча статистично значимих розбіжностей у виразності позитивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів не спостерігалось.

Пацієнти з тривалістю захворювання 10 і більше років частіше демонстрували нижчий рівень у всіх областях соціального функціонування, особливо у області соціально-корисна діяльність.

5. Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена диференційована програма когнітивного відновлення хворих на параноїдну шизофренію. Оцінка її ефективності дозволила встановити достовірні ( $p<0,01$ ) позитивні зміни в клінічній картині захворювання, рівнях когнітивного та соціального функціонування цих хворих як після завершення проведення програми, так і збереження динаміки через шість місяців катamnестичного спостереження. Це свідчить про ефективність реабілітації пацієнтів із великим стажем захворювання.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

### **Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Дзеружинська Н. О. Нейрокогнітивні порушення та методи їх корекції у хворих на параноїдну шизофренію / Н. О. Дзеружинська, О. О. Молчанова // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 16, № 3 (64). – С. 9-15. *Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, самостійно здійснив набір клінічного матеріалу, провів аналіз та статистичну обробку отриманих результатів.*

2. Нейрокогнитивные корреляты психопатологических дименсий шизофрении / А. Н. Нестерович, В. Г. Обьедков, Н. А. Дзеружинская, Е. А. Молчанова // Психічне здоров'я. – 2014. – № 3-4 (44-45). – С. 21-29. *Дисертант приймав участь у відборі літературних джерел для огляду та їх аналізі.*

3. Молчанова О. О. Нейробіологія когнітивних порушень у хворих на шизофренію / О. О. Молчанова, Н. О. Дзеружинська // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 60-64. *Дисертантом запропоновано гіпотезу дослідження, проведено відбір літературних джерел для огляду та їх аналіз, обґрунтовано та сформульовано мету, задачі дослідження.*

4. Молчанова О. О. Нейрокогнітивний дефіцит і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію / О. О. Молчанова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 3 (90). – С. 180-185.

5. Молчанова О. О. Нейрокогнітивне відновлення хворих на параноїдну шизофренію / О. О. Молчанова // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. – № 2 (4): e020492. DOI 10.26766/PMGP.V2I4.92.



6. Молчанова О. О. Соціальне та когнітивне функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різною тривалістю захворювання / О. О. Молчанова, Н. О. Дзеружинська // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2017. – Т. 10, № 3, 4 (37-38). – С. 23-30. *Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, самостійно здійснив набір клінічного матеріалу, провів аналіз та статистичну обробку отриманих результатів.*

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

7. Молчанова Е. А. Нейрокогнитивний дефіцит и социальное функционирование у пациентов с шизофренией / Е. А. Молчанова // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, № 2 (63). – С. 55.

8. Молчанова О. О. Нейрокогнитивні порушення і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», 27-29 квіт. 2017 р. / О. О. Молчанова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 2 (89). – С. 155-156.

9. Молчанова О. О. Нейрокогнитивний дефіцит і соціальне функціонування у хворих на шизофренію / О. О. Молчанова // Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології : тези доп. конф. за участю міжнар. спеціалістів, 7-9 жовт. 2015 р. – Харків, 2015. – С. 97-98.

10. Молчанова О. О. Вплив комп'ютеризованих нейрокогнітивних тренувань на рівень соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію / О. О. Молчанова // IV Наук. конф. «Фундаментальні та прикладні дослідження у сучасній науці» : зб. наук. пр. – Харків : Технологічний центр, 2016. – С. 26.

11. Молчанова О. О. Нейрокогнитивний дефіцит і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з різною тривалістю захворювання / О. О. Молчанова // Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20 жовт. 2017 р. – К., 2017. – С.17.

12. Молчанова О. О., Дзеружинська Н. О. Нейрокогнитивний дефіцит і соціальне функціонування хворих на шизофренію / О. О. Молчанова, Н. О. Дзеружинська // Психічне здоров'я. – 2017. – № 2 (51). – С. 120-121. *Дисертантом проведено набір пацієнтів, клінічне обстеження, статистичну обробку отриманих результатів та їх аналіз, написано тези.*

### **АНОТАЦІЯ**

**Молчанова О. О. Нейрокогнітивні розлади і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію (клініка, діагностика, лікування).** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2018.*

У дисертаційній роботі на підставі комплексного клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та нейропсихологічного дослідження були отримані дані про особливості соціального і когнітивного функціонування пацієнтів із параноїдною шизофренією з різною тривалістю захворювання. Проведено оцінку взаємозв'язку когнітивних порушень та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію. Встановлено особливості клініко-психопатологічної картини, структури когнітивних порушень та соціального функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з різною тривалістю захворювання (до 10 років та 10 і більше років). Розроблена та впроваджена диференційована програма когнітивно-відновлювальної терапії хворих на параноїдну шизофренію. Продемонстрована її ефективність у пацієнтів з різною тривалістю захворювання.

*Ключові слова:* параноїдна шизофренія, нейрокогнітивний дефіцит, соціальне функціонування, нейрокогнітивне відновлення.

## ANNOTATION

**Molchanova O. O. Neurocognitive deficit and social functioning in patients with paranoid schizophrenia (course, diagnostics, treatment).** – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

*The dissertation for obtaining the scientific degree of Candidate of medical sciences in speciality 14.01.16 «Psychiatry». – Bogomolets National Medical University. Ukrainian Scientific Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Addiction, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2018.*

In dissertational work on the basis of complex clinical anamnestic, sociodemographic, psychopathological, psychodiagnostic and neuropsychological examination the data concerning peculiarities of social and cognitive functioning of patients with paranoid schizophrenia of different duration were obtained. The interaction between cognitive impairment and social functioning of patients with paranoid schizophrenia was assessed. The peculiarities of clinical psychopathological picture, structure of cognitive impairment and social functioning in patients with paranoid schizophrenia of different duration (<10 years, ≥10 years) were defined. The differential programm of cognitive remediation therapy in patients with paranoid schizophrenia was developed and implemented. The efficacy of this program in patients with different disease duration was demonstrated.

*Key words:* paranoid schizophrenia, neurocognitive deficit, social functioning, neurocognitive remediation.

---

Підписано до друку 26.09.2018 р. Формат 60x90/16.  
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.  
Тираж 100. Зам. 74.

---

«Видавництво “Науковий світ”»<sup>®</sup>  
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.  
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.  
200-87-15, 050-525-88-77  
E-mail: [nsvit23@ukr.net](mailto:nsvit23@ukr.net)  
Сайт: [nsvit.cc.ua](http://nsvit.cc.ua)