

Стресові реакції у хворих з розладами спектру шизофренії та комплексний підхід в їх лікуванні

Галина Пилягіна
Борис Михайлов
Євгенія Гриневиц

НУОЗ України імені П.Л. Шупика
НУОЗ України імені П.Л. Шупика
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Актуальність. Психотравмуючі фактори, котрі мають місце під час війни 2022-2023 рр., значно впливають на виникнення та динаміку розладів спектра шизофренії (РСШ).

Мета. Вивчити взаємозв'язок впливу стресових факторів у хворих з різними видами РСШ із динамікою загострення психопатологічної симптоматики та її вираженості та розробити комплекс лікувально-реабілітаційних заходів (КЛРЗ) для цих хворих.

Методи та матеріали. Було проведено психопатологічне обстеження 68 пацієнтів з різними видами РСШ котрі зазнали важкого стресового впливу під час війни з оцінкою клінічних особливостей психотичного стану хворих, змісту стрес-факторів, що впливали на пацієнтів.

Результати. В ході обстеження найбільшу кількість склали пацієнти з шизофренією (Шф, 42,6% випадків), найчастіше з параноїдною формою та приступообразно-прогресивним перебігом, а також хворі на різні варіанти гострого психотичного розладу (ГПР), шизоафективний розлад (ШаР) та шизотиповий розлад (ШтР). У хворих найчастіше діагностувалася афективно-маячна симптоматика (54,4% випадків серед всіх обстежених), яка є провідною психопатологічною відповіддю на психотравмуючий вплив стресових обставин у хворих на РСШ. Тільки у хворих на Шф у більш за все спостерігався галюцинаторно-параноїдний синдром (71,4% випадків). Виникнення чи рецидивування психотичного епізоду серед хворих з РСШ розвивалося внаслідок істотного впливу стрес-факторів, різних за змістом, але пов'язаних з війною. Найчастішим з них були труднощі під час вимушеною евакуації, котрі викликали різке зростання конфліктів в родині, особливо у хворих на Шф та ШтР. Було з'ясовано, що стресовий вплив медіа-інформації спричинив загострення психотичної симптоматики у третини хворих на Шф та ШаР. Значущість для пацієнтів з РСШ мав психотравмуючий вплив пережитого неодноразового бомбардування пацієнтів; загибелі близької людини; страхів, пережитих під час окупації; неможливості продовжити прийом препаратів; а також психотравмуючих обставин, пов'язаних із втратою роботи з відсутністю грошей для життя.

Основою для розробки комплексу КЛРЗ для хворих РСШ, котрі зазнали значного впливу стрес-факторів став аналіз взаємозв'язку окремих нозологій, провідної клінічної симптоматики та стрес-факторів. КЛРЗ має за мету своєчасне, комплексне та ефективне лікування психотичного епізоду чи реактивного психотичного стану, повинен бути послідовним та має складатися з етапів: діагностичного; надання невідкладної, амбулаторної та/або стаціонарної допомоги; проведення психо-реабілітаційних заходів, а також супроводу та психопрофілактики. За своєю структурою має поєднувати застосування психофармакотерапії з проведенням психотерапевтичних чи психокорекційних і психоосвітних заходів з подальшим супроводом хворого на етапі встановлення ремісії.

Висновки: Розуміння впливу стрес-факторів, пов'язаних з війною на прояви клінічної симптоматики та динаміку перебігу окремих РСШ дозволить за допомогою КЛРЗ своєчасне та ефективне лікувати повторні психотичні епізоди чи первинні реактивні психотичні стани у хворих на РСШ, запобігаючи подальшому важкому перебігу таких розладів та відновленню соціальної адаптації пацієнтів

Практика надання допомоги пацієнтам, котрі мають хронічні психічні розлади, в умовах довготривалого соціального стресу, викликаного широкомасштабною війною, яка триває вже понад 18 місяців, дозволило зробити певні клінічні висновки щодо особливостей патодинаміки всього континууму психічних порушень психотичного регістру як стрес-асоційованих порушень, а також ефективності застосування комплексних лікувально-реабілітаційних заходів для таких хворих.

Особливим контингентом, що потребує посиленої уваги щодо надання допомоги в умовах війни, є хворі на хронічні психотичні порушення, такі як розлади спектру шизофренії (РСШ). Цегрупа психічних захворювань, яка включає власне шизофренію (Шф), шизоафективний розлад (ШаР), гострі психотичні розлади (ГПР), шизотиповий розлад (ШтР), хронічний маячний розлад тощо та відноситься до рубрики F2, згідно міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10, блок L1 - 6A 2-4 у МКХ-11).

Щодо клінічних проявів всіх видів РСШ, то вони схожі за провідними клінічними проявами з симптоматикою Шф (щодо розладів мислення, сприйняття, емоцій та неадекватності у поведінці), але значно відрізняються за типом перебігу і виходу, насамперед з точки зору специфіки розвитку дефектних станів. Їх походження, яке в класичній психіатрії розглядалося як ендогенний процес, згідно сучасній біопсихосоціальной парадигмі має мультифакторну етіологію та патогенетично являє собою результат складної взаємодії нейробіологічних, в тому числі генетично-обумовлених, та соціально-психологічних факторів.

Перенесені гострі та повторні стресові ситуації такими хворими під час війни мають значний негативний вплив на перебіг РСШ, тому що сприяє гострому первинному виникненню або реактивному загостренню психотичних симптомів, суттєвому погіршенню соціального функціонування хворих із зниженням якості їх життя, а також розвитку проявів саморуйнівної чи гетероагресивної поведінки

Саме тому, удосконалення надання спеціалізованої комплексної допомоги пацієнтам з РСШ, які пережили психотравмуючий вплив під час війни, є важливим завданням для вітчизняної психіатрії.

Ця задача обумовила **мету дослідження:** вивчити взаємозв'язок впливу стресових факторів у хворих пацієнтів з різними видами РСШ із динамікою загострення психопатологічної симптоматики та її вираженості та розробити комплекс лікувально-реабілітаційних заходів (КЛРЗ) для цих хворих.

Матеріалита методидослідження. Нами було проведено дослідження 68 пацієнтів з різними видами РСШ: 38 жінок і 30 чоловіків (55,9 і 44,1 % відповідно) в віці від 18 до 50 років (середній вік – $35,2 \pm 15,4$ роки). Всі хворі звернулися по амбулаторну консультативну допомогу на кафедру загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології та кафедру психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика (очно та в он-лайн режимі) у період з березня 2022 р. по червень 2023 року.

Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: інформована згода пацієнта на участь

в дослідженні; вік від 18 до 50 років; наявність РСШ без вираженої дефіцитарної симптоматики, інтелектуально-мнестичного зниження, важкої соматичної патології у стані декомпенсації.

У всіх хворих при проведенні обстеження було діагностовано РСШ за критеріями МКХ-10, а також факт пережитого наявного психотравмуючого впливу (одноразового чи множинного) за період не більш ніж місяць перед оглядом - всі стресові ситуації виникли під час війни.

Серед обстежених пацієнтів було діагностовано:

- Шф (F20.0) у 29 осіб (42,6%): з параноїдною формою та приступообразно-прогресивним перебігом - 17 осіб, з параноїдною формою та з епізодично-ремітуючим перебігом - 7 осіб, з параноїдною формою та безперервним ним перебігом - 3 особи, з простою формою - 2 особи, відповідно 58,6; 24,1; 8,8; 4,4 та 2,9% від загальної кількості обстежених пацієнтів;
- ГПР (F23) у 18 (26,5%), а саме: у 9 осіб - гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами Шф (F 23.3), у 6 осіб - реактивний психоз (F 23.9), у 3 осіб - гострий переважно маячний психотичний розлад (F 23.3), відповідно 13,2; 8,8 та 4,4% від загальної кількості обстежених пацієнтів;
- ШаР, депресивний тип (F25.1) у 13 осіб (19,1%);
- ШтР, стан декомпенсації (F21) у 8 осіб (11,8%).

На момент первинного огляду у стані виникнення гострої психотичної симптоматики у пацієнтів було виявлено галюцинаторно-параноїдний, тривожно-маячний, депресивно-маячний та маячний синдроми - розподіл, згідно окремих нозологічних рубрик представлено у табл.1.

Вивчення провідної клінічної симптоматики в обстеженій вибірці пацієнтів виявило, що 41,2% пацієнтів було виявлено галюцинаторно-параноїдний синдром, який достовірно превалював як серед всіх нозологічних рубрик ($p=0.022$), так і у хворих на Шф ($p=0.000$). При цьому ця симптоматика була відсутня у хворих на ШаР та ШтР. Тоді як саме у пацієнтів з ШтР в клінічній картині значно домінував тривожно-маячний синдром ($p=0.014$). Ця симптоматика зустрічалася приблизно у третині випадків у хворих з ГПР (найбільша частота серед усіх видів РСШ в обстежених в цілому) і ШаР. Тоді як у хворих на Шф цей синдром фіксувався рідше за все - менш ніж у 20% випадків.

Таблиця 1

Синдроми	Нозології				Всього
		Шф	ГПР	ШаР	
Галюцина-торно-параноїдний	20 (69,0** ↓ 71,4** →)	8(44,4 ↓ 28,6 →)	-	-	28 (41,2)
Тривожно-маячний	5(17,2 ↓ 23,8 →)	7(38,9 ↓ 33,3 →)	4(30,8 ↓ 19,1 →)	5(62,5** ↓ 23,8 →)	21 (30,9)
Депресивно-маячний	4 (13,8 ↓ 20,0 →)	-	9(69,2** ↓ 56,3** →)	3(37,5 ↓ 18,8 →)	16 (23,5)
Маячний	-	3(16,7 ↓ 100,0 →)	-	-	3 (4,4)
Всього	29 (100,0)	18 (100,0)	13 (100,0)	8 (100,0)	68 (100,0)

Розподіл обстежених хворих. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідним клінічним синдромом, абс. (%)

Примітка: ** - $p < 0,01$, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - в підгрупі за синдромом

Очікуваним результатом було домінування депресивно-маячного синдрому у хворих на ШАР: як в межах даної нозології ($p=0.000$), так і серед усіх видів РСШ в цілому ($p=0.008$). Треба відмітити, що цей синдром в 1,84 рази рідше зустрічався у пацієнтів з ШТР, тільки в 13,8% випадків він був виявлений у хворих на Шф а при ГПР не зафіксовано жодного випадка саме з депресивно-маячною симптоматикою.

Маячний синдром було виявлено лише у хворих з ГПР: в двох осіб з гострим маячним психотичним розладам та ще у одного хворого з реактивним психозом.

Виявлені дані засвідчили, що афективно-маячна симптоматика (тривожно-маячний та депресивно-маячний синдроми) є провідною психопатологічною відповіддю на психотравмуючий вплив стресових обставин у хворих на РСШ. А саме, така симптоматика зустрічалася в усіх хворих на ШАР та ШТР. Хоча при ШАР домінувала депресивно-маячні прояви, то при ШТР - тривожно-маячні. Також важливо зауважити, що тривожно-маячний синдром зустрічався майже у 40% пацієнтів з ГПР, тобто першим психотичним епізодом. І до того, в 31,0% випадків у хворих на Шф була зафіксована афективно-маячна симптоматика. Ці дані треба обов'язково враховувати при розробці та застосуванні відповідних лікувально-реабілітаційних стратегій.

Виходячи з мети нашого дослідження було вивчено зміст основних психотравмуючих обставин як стрес-факторів, котрі безпосередньо впливали на первинне виникнення психотичного епізоду (формування реактивного психозу чи іншого виду ГПР) чи екзацербацию психотичної симптоматики як її явного загострення (декомпенсації) на тлі ремісії у перебігу основного захворювання.

Головне, що всі вивчені стрес-фактори, які вплинули на формування гострого психотичного стану були пов'язані з війною (див. табл. 2).

Таблиця 2

Стрес-фактори	Нозології				Всього
		Шф	ГПР	ШАР	
Різка зростання конфліктів в родині в умовах вимушеної евакуації	7 (24,1 ↓41,2*→)	3(16,7 ↓17,6 →)	3(23,1 ↓17,6 →)	4(50,0 ↓*23,5 →)	17 (25,0)
Стресовий вплив медіа-інформації	9(31,0 ↓60,0** →)	2(11,1 ↓13,3 →)	4(30,8↓26,7 →)	-	15 (22,1)
Пережите неодноразове бомбардування	3(10,3 ↓25,0 →)	4(22,2 ↓33,3 →)	3(23,1 ↓25,0→)	2(25,0 ↓16,7 →)	12 (17,6)
Втрата (загибель) рідних	1(3,4 ↓12,5 →)	4(22,2 ↓50,0* →)	2(15,4 ↓25,0 →)	1(12,5 ↓12,5 →)	8 (11,8)
Неможливість продовжити прийом препаратів, купити ліки	6(20,7 ↓85,7 →)	-	1(7,7 ↓14,3 →)	-	7 (10,3)
Пережиті страхи під час окупації	2(6,9 ↓33,3 →)	3(16,7 ↓50,0 →)	-	1(12,5 ↓16,7 →)	6 (8,8)
Втрата роботи з відсутністю	1(3,4 ↓33,3 →)	2(11,1 ↓66,7 →)	-	-	3 (4,4)



грошей для життя

Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідним. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідним перенесеним психотравмуючим стрес-фактором, абс. (%)

Примітка: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - в підгрупі за стрес-фактором

Отримані дані засвідчили, що прирізних нозологіях РСШ у хворих виявлялася суттєва різниця у змісті психотравмуючого впливу. Досить неочікуваним був результат, що найчастішим стрес-фактором при всіх обстежених видах РСШ було різке зростання конфліктів в родині внаслідок суттєво змінених умов життя після вимушеної евакуації. Це стало основою екзацерації психотичного процесу при Шф майже у кожного четвертого обстеженого хворого (24,1% випадків з параноїдною формою Шф), а саме, у 4 пацієнтів з приступообразно-прогресивним перебігом та у 5 - з епізодично-ремітуючим перебігом. І саме у хворих на Шф цей стрес-фактор виявився статично значущим по відношенню до всіх інших нозологій ($p=0.019$).

Також значне посилення конфліктів в родині внаслідок вимушеної евакуації виявилось базовим підґрунтям декомпенсації стану та виникнення тривожно-маячної симптоматики у хворих на ШтР, що було зафіксовано у половини пацієнтів з цим видом РСШ ($p=0.015$).

Важливо відмітити, що фактор перенаселення, накопичених образ та конфліктів стали тригером виникнення ГПР: в двох випадках - гострого поліморфного психотичного розладу з симптомами Шф, в одному - гострого маячного психотичного розладу.

Отримані дані засвідчили необхідність обов'язкового включення сімейної психотерапії чи родинного консультування для хворих з РСШ з подібними проблемами. Імпульсивна агресивність є одним з головних фокусів в спеціалізованій допомозі пацієнтам, у котрих загострення психотичної симптоматики викликала конфліктність в нових непередбачених умовах життя в евакуації.

Достатньо важливим результатом стало те, що 22,1% серед всіх обстежених пацієнтів з РСШ відмітили різке загострення психотичної симптоматики внаслідок стресового впливу медіа-інформації. В цій підгрупі суттєво переважали хворі на Шф ($p=0.008$), а з точки зору окремих нозологій треба зазначити, цей стрес-фактор став тригером формування психотичного епізоду у третини хворих з Шф та ШаР. Але не було зафіксовано жодного подібного випадку у хворих на ШтР.

Треба відмітити, що майже всі ці хворі зверталися по допомогу з березня по червень 2022 р. Так, один випадок виникнення реактивного психозу було зафіксовано у хворої після обстрілу Запорізької АЕС ще в березні 2022 р., котре викликало виникнення гострої тривожно-маячної симптоматики з приводу «невідвратною ядерної катастрофи й загибелі неї та її дитини», з приводу чого пацієнтка здійснила спробу самогубства. Тоді ж у перші три місяці війни загострення психозу виникло у 4 хворих на Шф та у 1 пацієнтки з ШаР після новин в засобах масової інформації з приводу можливої окупації. Зі слів однієї з пацієнток: «Я стала чути голоси окупантів, які казали, що вже поряд з моїм домом та йдуть згвалтувати мене і вбити, бо я не маю жити».

Психотравмуючий вплив пережитого досвіду неодноразового бомбардування, котрий гостро посилював афективно-маячну симптоматику не став домінуючим стрес-фактором серед тих, що були виявлені - в цілому його безпосередній вплив щодо загострення психотичних проявів відмічали лише 17,6% хворих з різними вилами РСШ. Але важливо, що цей стрес-фактор відмічали хворі кожної нозологічної підгрупи, приблизно в чверті випадків. Лише у хворих на Шф досвід пережитого неодноразового бомбардування не мав значного психотравмуючого впливу і зустрічався лише у кожного десятого хворого (10,7% випадків). Однак, треба

зазначити, що цей стрес-фактор був тригером не тільки в перші місяці війни, а й став зазначатися пацієнтами з посиленням бомбардування Києва (особливо в купі з ситуацією блек-аутів у місті) та київського регіону взимку та навесні 2023 р.

Ще одним з значних стрес-факторів, котрий мав істотний вплив саме на первинне виникнення психотичного стану, був факт смерті близької людини. Не дивно, що саме цей привід став основою виникнення ГПР у кожного п'ятого хворого (всі жінки) з цією нозологією та у 50,0% випадків з цієї підгрупи стрес-факторів ($p=0.028$). Так, у двох хворих розвився реактивний психоз після загибелі родичів внаслідок бомбардування, в третьому випадку – після загибелі коханого на фронті, а ще у одній пацієнтки розвився гострий психотичний маячний розлад після самогубства доньки-підлітка в умовах вимушеної евакуації. Також цей стрес-фактор був значущим для хворих на ШАР, в обох випадках був факт раптової загибелі мами (один в умовах окупації), які були єдиними піклувальниками своїх хворих доньок. У хворій ШТР стан гострої декомпенсації з депресивно-маячною симптоматикою виник після загибелі коханого. Тільки у хворих на Шф цей стрес-фактор був найменш значущий – був зафіксований в 1 випадку після загибелі чоловіка на фронті. В усіх зазначених випадках пацієнти зазначали, що мали суїцидальні думки. Чотири пацієнтки з вісьмох випадків в цій підгрупі за стрес-фактором здійснили спроби самогубства. Тому, в формуванні терапевтичних програм для таких хворих треба враховувати можливість гострого розвитку суїцидальної поведінки.

Важливо відмітити, що неможливість продовжити прийом препаратів, купити ліки також став істотним стрес-фактором, котрий безпосередньо вплинув на екзацербацию психотичного процесу саме у хворих на Шф (переважна кількість випадків в цій підгрупі стрес-факторів – 87,5%) та у ШАР (одна пацієнтка). З пацієнтки, котрі страждали на Шф, звертались з такими психотравмуючим приводом в перші три місяці війни, а пізніше це стосувалося хворих з цією нозологією, котрі самотужки змогли виїхати закордон в евакуацію: З пацієнтки з рецидивуючим перебігом Шф та пацієнтка з ШАР.

Шість хворих з всіх обстежених повідомили, що на розвиток психозу вплинули страхи, котрі вони пережили під час окупації в Київській області (звернення було весною 2022 р.). А саме, в трьох випадках у хворих внаслідок цього розвився гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами Шф (50,0% осіб в цій підгрупі стрес-факторів), а також відбулася екзацербация психотичного процесу у двох хворих на Шф з розвитком гострої галюцинаторно-маячної симптоматики і декомпенсація ШТР з гострою депресивно-маячною симптоматикою в одній пацієнтки.

Психотравмуючі обставини, пов'язані з втратою роботи та з відсутністю грошей для життя зустрічався рідше за всі інші. Тим не менш, у двох хворих (чоловік у віці 23 років та жінка 29 років, яка одна виховувала дитину) розвився гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами Шф.

Особою категорією хворих на РСШ, що пережили важкі психотравми, є коморбідне поєднання основної клінічної симптоматики з проявами саморуйнівної та гетероагресивної поведінки, як об'єктивних показників тяжкості психічного стану та можливості імпульсивного скоєння соціально небезпечних дій, що є підґрунтям несприятливого прогнозу перебігу основного захворювання. Необхідно зазначити, що агресивні чи аутоагресивні дії пацієнтів були прямим наслідком пережитих психотравмуючих подій. Так серед 68 обстежених хворих було зафіксовано 7 (10,3%) випадків суїцидальних спроб, 5 випадки самоушкоджень (самопорізи – 7,4% всі у віці 18-22 років), і 19 пацієнтів (27,9%) – більш ніж чверть всіх хворих висловлювались про постійні суїцидальні думки. Серед 17 хворих (25,0% серед всіх обстежених), котрі основним стрес-фактором, що значно вплинув на погіршення їх психічного стану назвали різке зростання конфліктів в родині в умовах вимушеної евакуації, 8 пацієнтів (11,8% серед всіх обстежених) засвідчили, що в їх конфліктах з родичами мали місце не тільки вербальна агресія, а й бійки. Це свідчить, що агресивна поведінка внаслідок впливу стрес-факторів може стати причиною здійснення соціально небезпечних дій.

Таким чином, проведений аналіз взаємозв'язку нозологічної приналежності як окремих видів РСШ, провідної клінічної симптоматики та стрес-факторів, котрі стали безпосереднім тригером виникнення первинного психотичного епізоду чи екзацерації психотичної симптоматики в обстежених хворих став основою для розробки комплексу лікувально-реабілітаційних заходів (КЛРЗ) для хворих з РСШ, котрі перенесли важкий стрес.

Такий КЛРЗ має наступні складові: мету застосування, структуру та етапність надання допомоги.

Мета застосування КЛРЗ для хворих з РСШ, котрі перенесли важку психотравмуючу ситуацію – ефективне лікування психотичного епізоду (реактивного психотичного стану) з урахуванням змісту та важкості стресорного впливу на стан пацієнта. Важливим компонентом застосування КЛРЗ, особливо безпосередньо після стресової ситуації, є зменшення ризику розвитку проявів саморуйнівної чи агресивної поведінки. Результатом проведення КЛРЗ є купірування психотичної симптоматики, вихід у стан ремісії та поновлення соціальної адаптації пацієнта.

Етапність КЛРЗ для хворих з РСШ з наявним значним впливом стрес-факторів має певну послідовність та включає:

1. Діагностичний – має за мету проведення диференційної діагностики стану пацієнта з врахуванням суб'єктивної значущості впливу стрес-факторів, котра виражається специфікою порушень у хворих на РСШ:

- когнітивних функцій внаслідок особливостей у селективності в обробці інформації, що стосується пережитих психотравмуючих подій та істотно впливає на парадоксальність мотиваційної активності й дезорганізацію поведінки на тлі гострих маячних, галюцинаторно-маячних симптомів;

- емоційної сфери, причиною яких у таких пацієнтів є переважання неадекватних афективних реакцій, їх парадоксальність, котра може викликати формування ауто- та гетероагресивних спонукань, посилення конфліктів у міжособистісних відносинах;

- потребово-мотиваційної сфери зі своєрідним реагуванням на стресові події, що відбулися, та власні психопатологічні переживання з можливим різким посиленням аутистичних тенденцій, уникнення контактів та/або безглуздої поведінки.

2. Етап невідкладних заходів, спрямований за необхідністю і можливістю, насамперед, на усунення впливу стрес-факторів із забезпеченням перебування людини в безпечних умовах.

3. Етап амбулаторної допомоги (лікування) – може бути проведений після перших двох, якщо наявний психічний стан пацієнта дозволяє продовжувати лікування психотичного епізоду в позастанціонарних умовах.

4. Етап стаціонарної допомоги (лікування), коли хворий за наявності гострої психотичної симптоматики, особливо у сполучі з проявами саморуйнівної, агресивної поведінки та іншої соціально небезпечної поведінки, терміново госпіталізується до психіатричного стаціонару за інформованою згодою або з дотриманням відповідних статей Закону України «Про надання психіатричної допомоги» (у випадку необхідності застосування недобровільної госпіталізації) та прав людини. В більшості випадків щодо хворі з РСШ, котрі перенесли важкий психотравмуючий вплив, потребують госпіталізації до психіатричного стаціонару ще на етапі невідкладних заходів.

5. Етап психо-реабілітаційних заходів, котрий починається при купіруванні гострої психотичної симптоматики і може проводитися як в стаціонарних, так і в амбулаторних

умовах.

6. Етап супроводу та психопрофілактики, метою якого є медико-психологічний супровід пацієнтів з РСШ у стані ремісії задля профілактики рецидивування психотичних епізодів, поліпшення міжособистісних відносин, компенсації соціальної дезадаптації з максимально можливим відновленням соціальних компетенцій та покращення якості їх життя.

Структура КЛРЗ для хворих з РСШ, котрі перенесли важку психотравмуючу ситуацію, включає поєднане застосування психофармакотерапії з проведенням психокорекційних і психоосвітніх заходів, при необхідності короткострокової психотерапії з подальшим супроводом хворого на етапі встановлення ремісії.

1. Принципи застосування психофармакотерапії у таких пацієнтах мають бути спрямовані на купірування діагностованої провідної клінічної симптоматики з урахуванням гостроти і важкості реагування на вплив психотравмуючих чинників і дезорганізації поведінки. Психофармакотерапевтичне лікування повинне відповідати сучасним клінічним настановам та протоколам щодо лікування РСШ. Воно проводиться як терапевтичне втручання низької, середньої або високої інтенсивності в залежності від важкості стану пацієнта із застосуванням, насамперед, атипичних нейролептиків у поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами (рідко та короткостроково).

2. Психо-реабілітаційні заходи ще один з основних компонентів КЛРЗ у хворих з РСШ, котрі перенесли важкий стрес. Вони представляють собою інтегративну модель, котра поєднує психотерапевтичні, психоосвітні та психокорекційні втручання.

Основні принципи психо-реабілітаційних заходів для таких хворих:

- комплексний характер втручання з поєднанням індивідуального підходу та послідовності у наданні допомоги, відповідно до психопатологічного стану хворого та особливостей пережитих стресових подій;

- спрямованість на додаткову корекцію психопатологічних симптомів і профілактику рецидивів психотичних епізодів, відновлення соціальної адаптації та індивідуальних компетентностей хворого, формування долаючої поведінки і підвищення рівня стрес-вразливості пацієнтів;

- врахування особливості клінічної картини РСШ, характер пережитої психотравмуючої ситуації та її суб'єктивний вплив, індивідуальні особливості пацієнта, його потреби і ресурси;

- узгодження змісту, обсягу і послідовності психо-реабілітаційних заходів з медикаментозною терапією, яка є основним методом лікування РСШ, а також співпрацю психотерапевта чи медичного (клінічного) психолога, який їх проводить, з психіатром, котрий веде хворого з метою посилення комплаєнсу з його боку щодо дотримання призначеної терапії та інших рекомендацій;

- у проведенні психо-реабілітаційних заходів окрім пацієнта повинні залучатися члени його родину і близькі люди, які можуть сприяти покращенню стану хворого, покращенню міжособистісних відносин у сім'ї, пришвидшенню його ре- або неоадаптації, чи теж можуть потребувати психологічної допомоги.

Мішенями медико-психологічної допомоги для таких пацієнтів виступають:

- неадекватні когнітивні, поведінкові та емоційні реакції по відношенню до себе, власної хвороби та оточення;

- слабкість регуляції афекту та самоконтролю власної поведінки;
- соціальна дезадаптація на тлі реактивного чи сталого дефіциту соціальної компетентності та власних особистісних ресурсів до пристосування;
- вплив проявів нейрокогнітивного дефіциту на актуальний стан хворого.

Висновки:

Таким чином, в результаті проведеного обстеження 68 пацієнтів з РСШ, котрі зазнали важкого стресового впливу під час війни, було виявлено, що найбільшу кількість з них склали пацієнти з Шф (42,6% випадків), найчастіше з параноїдною формою та приступообразно-прогресивним перебігом (24,8% від усіх хворих). В 26,5% пацієнтів були діагностовані різні варіанти о ГПР (більше за все з гострим поліморфним психотичним розладом з симптомами Шф – в 13,2% від усіх пацієнтів), а також в 19,1% – депресивний тип ШаР і в 11,8% – ШтР.

Серед всіх видів РСШ, з точки зору провідної клінічної симптоматики, у пацієнтів, що перенесли важкий стресовий вплив більш за все спостерігався галюцинаторно-параноїдний синдром, особливо у хворих на Шф (71,4% випадків). Але в цілому найчастіше діагностувалася афективно-маячна симптоматика (54,4% випадків серед всіх обстежених), яка була характерна для хворих на ШаР, ШтР і ГПР, однак не для хворих на Шф. Депресивно-маячна симптоматика істотно переважала у хворих на ШаР (56,3% осіб серед всіх видів РСШ), а тривожно-маячний синдром фіксувався найчастіше при ШтР (62,5%, зі статистичним переважанням щодо інших клінічних синдромів). Тоді як маячний синдром було виявлено тільки у хворих на ГПР. Тому можна зробити висновок, що афективно-маячна симптоматика є провідною психопатологічною відповіддю на психотравмуючий вплив стресових обставин у хворих на РСШ, що необхідно враховувати у розробці та проведенні КЛРЗ для таких пацієнтів.

Проведено дослідження довело, що виникнення чи рецидивування психотичного епізоду серед обстежених хворих з РСШ розвивалося внаслідок впливу різних за змістом стрес-факторів, але всі вони були пов'язані з війною. Найчастіше загострення психотичної симптоматики у пацієнтів відбувалося у зв'язку з пережитими труднощами під час вимушеною евакуації. Це викликало різке зростання конфліктів в родині, особливо у хворих на Шф – 41,2% випадків із достовірним переважанням серед всіх нозологій, а також на ШтР (23,5% випадків), що потребує обов'язкового включення сімейної психотерапії чи родинного консультування у КЛРЗ, а також його спрямування на зниження рівня агресивності.

Було з'ясовано, що стресовий вплив медіа-інформації спричинив загострення психотичної симптоматики у третини хворих на Шф (60,0% випадків із достовірним переважанням серед всіх нозологій) та ШаР. Ці дані є важливими з точки зору, необхідності враховувати роль медіа-інформації як потенційного тригера розвитку чи рецидивування психотичних епізодів.

Також було виявлено значущість психотравмуючого впливу пережитого досвіду неодноразового бомбардування пацієнтів з РСШ на психотравмуючий вплив стресових обставин – його безпосередній вплив відмічали приблизно кожен шостий хворий.

Загибель близької людини став основним стрес-фактором при первинному виникненні психотичного стану – формуванні ГПР (всі жінки) в 50,0% випадків з цієї підгрупи стрес-факторів.

Значно рідше серед обстежених хворих фіксувався вплив інших стрес-факторів на загострення чи виникнення РСШ.

Так, це стосувалося страхів, пережитих під час окупації, наслідком яких найчастіше був розвиток гострого поліморфного психотичного розладу з симптомами Шф (50,0% осіб в цій

підгрупі стрес-факторів); неможливості продовжити прийом препаратів, що найчастіше впливало на екзацерацію психотичного процесу у хворих на Шф (переважна кількість випадків в цій підгрупі стрес-факторів – 87,5%); а також психотравмуючих обставин, пов'язаних із втратою роботи з відсутністю грошей для життя (зустрічався рідше за всі інші).

Проведений аналіз взаємозв'язку окремих видів РСШ, провідної клінічної симптоматики та стрес-факторів як безпосередніх чинників виникнення чи рецидивування психотичного епізоду в обстежених хворих став основою для розробки комплексу КЛРЗ. Він має за мету своєчасне, комплексне та ефективне лікування психотичного епізоду чи реактивного психотичного стану, спрямоване на купірування психотичної симптоматики, вихід у стан ремісії, зменшення ризику розвитку проявів саморуйнівної чи агресивної поведінки особливо безпосередньо після стресової ситуації, а також відновлення соціальної адаптації пацієнтів. КЛРЗ для хворих з РСШ з наявним значним впливом стрес-факторів повинен бути послідовним та має складатися з етапів: діагностичного; надання невідкладної, амбулаторної та/або стаціонарної допомоги; проведення психо-реабілітаційних заходів, а також супроводу та психопрофілактики. За своєю структурою КЛРЗ для таких пацієнтів має поєднувати застосування психофармакотерапії з проведенням психокорекційних і психоосвітніх заходів, при необхідності короткострокової психотерапії з подальшим супроводом хворого на етапі встановлення ремісії.

Посилання

1. Марута Н.О., Колядко С.П., Череднякова О.С. (2020) Основні положення про розлади шизофренічного спектру (шизофренія, шизоафективний, поліморфний психотичний, шизотиповий та маячні розлади) та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями. Медична психологія (за ред. Г.Я. Пилягіної, О.О. Хаустової, Н.О. Марути) в 2-х т., Т. 2, Вінниця: Нова Книга, 80-86.
2. Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю. (2010) Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза. Методическое пособие. Харьков. 95 с.
3. Dzeruzhinska N., Martsenkovsky I., Kramar J. (2017) Деякі нові підходи до профілактики розладів спектру шизофренії у осіб з наявністю в анамнезі впливу екзогенних чинників. Психосоматична медицина та загальна практика, 2(3):e020335. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/35>
4. Козловська А. (2021) Нові можливості лікування шизофренії: від гострого психозу до соціальної адаптації та професійної інтеграції. Здоров'я України Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія» № 2 (57). доступний у: <https://health-ua.com/article/66050-nov-mozhliivost-lkuvannya-shizofrenii-vid-gostrogo-psihozu-dosotcalno-adaptatc-t>
5. Чугунов В.В., Курило В.О., Підлубний В.Л., Канигіна С.М. (2021) Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії. Запорізький медичний журнал. 2021. Т. 23, № 1(124), 105-110. DOI: 10.14739/2310-1210.2021.1.224910
6. Lazarus R. S., Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, NY, 456 p.
7. Bergmann N., Hahn E., Hahne I.M. et al. The Relationship Between Mindfulness, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders. European Psychiatry, V.64, SI: Abstracts of 29th European Congress of Psychiatry, April 2021, S786. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2079>
8. Falloon I.R.H. (2001) Stress management and schizophrenia. British J. Psychiatry, V.179 (1), 76-77/ DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.179.1.76>
9. Yarborough BJ, Yarborough MT, Janoff SL, et al (2016) Getting by, getting back, and getting on: matching mental health services to consumers' recovery goals. Psychiatr Rehabil J; 39, 97-104.