

УДК 616.895.8-06:616.89-008.454-055.1-085.851

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.109314

## ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

© К. О. Стаханов

*В статті викладено результати вивчення особливостей порушень соціального функціонування пацієнтів з постшизофренічною депресією. Серед соціально-демографічних характеристик вивчено вікову та статеву належність, вік дебютування та загальний термін захворювання, рівень освіти, сімейний стан та рівень матеріального достатку. Також визначали рівень соціального функціонування, якість життя, ступінь адаптації, наявність аутоагресивних тенденцій у пацієнтів з постшизофренічною депресією*

**Ключові слова:** постшизофренічна депресія, соціальне функціонування, адаптація, якість життя, медико-психологічний супровід

### 1. Вступ

Шизофренія – мультифакторіальне захворювання, що призводить до інвалідизації, порушення соціальних зв'язків, економічних втрат, зниження якості життя та вражає осіб працездатного віку. За сучасними даними ризик захворювання становить 0,5–1,0 %. За даними досліджень, більше ніж у половині хворих на шизофренію діагностуються коморбідні депресії, тривожні розлади, хвороби залежності [1]. В Україні та інших країнах світу діагноз «Постшизофренічна депресія» лікарі не часто використовують, залишаючись в рубриці «Шизофренія» [2]. В зв'язку з цим виникає питання про диференційну діагностику між шизофренією та депресивним розладом, як необхідну умову для впровадження специфічних заходів медико-соціального супроводу даної категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації пацієнтів, підвищення якості їх життя та соціального функціонування [3].

Звертає на себе увагу, що лише невелика кількість робіт присвячена розгляду даної патології з позицій біопсихосоціальної моделі, а також впровадженню програм реабілітації для пацієнтів з ПШД, таким чином обраний автором напрямок дослідження представляє безперечний науковий інтерес і є вельми пріоритетним.

### 2. Обґрунтування дослідження

Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на постшизофренічну депресію (ПШД) – тривале безробіття, відсутність житла, незадоволеність своїми життєвими обставинами при зниженому рівні функціонування [4], низька оцінка власного матеріального добробуту, житлових умов, забезпеченості одягом [5], денної активності, взаємовідносин, а також статусу в сім'ї [6]. Налагодження соціальних, сімейних і професійних відносин має високу особистісну важливість для цих хворих [7], часто дозволяє їм уникнути інвалідизації [8]. У зарубіжних країнах велике значення надають створенню спеціальних соціальних програм, що сприяють підвищенню соціального статусу і редукції симптомів шизофренії в резистентних до лікування випадках [9]. Крім

психотерапевтичних заходів, «соціальний тренінг, модель «терапевтичного партнерства» за участю лікарів, пацієнтів та їх сімей, створення спеціальних комун; в результаті домагаються скорочення числа рецидивів у цих пацієнтів до 15 % [10]. Дедалі більшого поширення набувають психотерапевтичні та психоаналітичні методи лікування хворих на шизофренію в період становлення ремісії та в ремісії. Серед них найбільш поширеними є підтримуюча психотерапія, спрямована на відновлення рівня адаптації, низка поведінкових видів психотерапії, а також деякі прийоми психоаналізу [9].

В Україні в даний час зростає потреба в розробці програм психосоціальної реабілітації хворих на ПШД, яка б дозволяла підвищити якість життя пацієнта [11]. Тому вивчення особливостей порушень соціального функціонування пацієнтів з ПШД з метою подальшої розробки заходів корекції є вельми актуальним на сучасному етапі.

### 3. Мета дослідження

Визначити характерні для пацієнтів з ПШД порушення соціального функціонування.

### 4. Контингенти та методи дослідження

Дослідження проходило на протязі 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». В ході дослідження було обстежено 173 хворих на постшизофренічну депресію, 141 з них включено до дослідження згідно критеріїв включення-виключення.

До участі було включено 141 хворого на ПШД (32 особи було виключено з подальшого дослідження). Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків віком, в середньому  $36,8 \pm 2,3$  років склали першу групу (Г1), а 73 жінки віком  $41,6 \pm 3,7$  років – другу групу (Г2).

Дебют основного захворювання, як у чоловіків, так і у жінок, здебільшого приходився на вік 31–40 років (Г1 – 48,52 % пацієнтів, Г2 – 50,68 % осіб). Біля чверті осіб Г1 та Г2 вперше потрапили на облік психіатра у віці 21–30 років (Г1 – 23,52 %, Г2 – 26,02 %).

Децо рідше перші прояви захворювання проявлялись у пацієнтів у віці 41–50 років (Г1 – 20,61 %; Г2 – 13,69 %). В поодиноких випадках дебют захворювання приходився на вік до 20 років (Г1 – 7,35 %; Г2 – 9,61 %). Загальний термін захворювання у більшості чоловіків та жінок з ПШД складав більш ніж 6 років (Г1 – 72,05 %; Г2 – 76,66 %). Більшість пацієнтів з ПШД, як чоловіків, так і жінок, отримали вищу освіту (Г1 – 64,7 %; Г2 – 60,27 %), з них кілька осіб отримали дві або більше вищих освіти або науковий ступінь (Г1 – 10,29 %; Г2 – 6,85 %). Середню або середню спеціальну освіту отримали в Г1 32,36 % чоловіків, в Г2 – 38,36 % жінок. Незначна кількість пацієнтів перервали навчання в середній школі та не отримали повної середньої освіти (Г1 – 2,94 %, Г2 – 1,37 %). Більша частина досліджених обох груп були офіційно одруженими, або проживали у громадському шлюбі (Г1 – 42,65 %, Г2 – 68,50 %), з них невелика кількість осіб проживали окремо від подружжя (Г1 – 4,4 %, Г2 – 10,96 %). Неодруженими або розлученими частіше були представники чоловічої статі, які страждали на ПШД, порівняно з пацієнтками жіночої статі ( $p \leq 0,05$ ). Більшість досліджених обох груп оцінили власний матеріальний стан як «нижче середнього» (Г1 – 54,41 %, Г2 – 49,32 %). Оцінка власного матеріального стану як «межа бідності» достовірно частіше зустрічалась в групі чоловіків, порівняно з жінками ( $p \leq 0,05$ ). Статки середні або вище середнього достовірно частіше характеризували жінок Г2 у порівнянні з групою чоловіків ( $p \leq 0,05$ ).

Психодіагностичне дослідження хворих включало: шкалу HADS/HARS, для вивчення психоемоційних особливостей пацієнтів з постшизофренічною депресією; опитувальник Басса-Дарки. Для вивчення соціально-психологічних особливостей використовували: опитувальник вольового самоконтролю – ВСК (Зверков А. Г., Эйдеман Е. В.), опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивна сфера оцінювалась за допомогою методик: «10 слів» за А. Р. Лурією (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та метод піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводилось за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon, 1999 [13].

Серед соціально-демографічних характеристик досліджених вивчали вікову та статеву належність, вік дебютування та загальний термін захворювання, рівень освіти, сімейний стан та рівень матеріального достатку.

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалась за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерію Ст'юдента. Розходження урахувались як статистично значимі при  $p \leq 0,05$  [14].

### 5. Результати дослідження

В межах проведеного дослідження вивчали рівень вольової саморегуляції, під яким розуміли міру оволодіння власною поведінкою в різних ситуаціях, здатність свідомо керувати власними діями, станами і спонуканнями (табл. 1).

Таблиця 1

Дані, отримані дослідженими з ПШД за опитувальником ВСК (середній бал)

Шкали вольового самоконтролю	Г1 (n=68)	Г2 (n=73)
Загальна (В)	6,5±1,2	6,8±1,1
Наполегливість (Н)	3,9±0,8	3,7±0,7
Самовладання (С)	2,4±0,1	2,6±0,1

Як свідчать дані, наведені в табл. 1, середні бали за всіма шкалами опитувальника ВСК були низькими (Г1 – 6,5±1,2 бали, Г2 – 6,8±1,1 бали). Низький бал за загальною шкалою вольової саморегуляції спостерігався у людей чутливих, емоційно нестійких, ранимих, невпевнених у собі. Рефлексивність у них була невисокою, а загальний фон активності, як правило, зниженим. Їм була властива імпульсивність і нестійкість намірів.

Субшкала «наполегливість» характеризує силу намірів людини – її прагнення до завершення розпочатої справи. Низькі значення за даною шкалою (Г1 – 3,9±0,8 бали, Г2 – 3,7±0,7 бали) свідчили про підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що може призводити до непослідовності поведінки. Знижений фон активності і працездатності, як правило, компенсувався у таких осіб підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

Субшкала «самовладання» відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Низькі бали, отримані за шкалою, характеризують досліджених як схильних до спонтанності та імпульсивності у поведінці в поєднанні з високою уразливістю.

Як вже вказувалось раніше, для пацієнтів з ПШД існує ризик реалізації аутоагресивних тенденцій у вигляді суїцидальної поведінки. Тому на психодіагностичному етапі дослідженням було запропоновано опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої) для визначення ризику реалізації суїцидальних намірів (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл досліджених за ступенем ризику суїцидальної поведінки (середні бали)

Фактори суїцидального ризику	Г1 (n=68)	Г2 (n=73)
Демонстративність	3,0±0,2	5,3±0,8*
Афективність	5,2±0,9	5,0±0,8
Унікальність	2,3±0,1	2,7±0,3
Неспроможність	5,6±0,9	4,1±0,4
Соціальний песимізм	5,9±1,0*	3,8±0,3
Злам культурних бар'єрів	2,8±0,1	1,7±0,2
Максималізм	4,6±0,5	2,4±0,3
Часова перспектива	5,5±0,9*	3,2±0,4
Антисуїцидальний фактор	2,1±0,1	3,3±0,4

Примітка: \* – різниця між групами є достовірною ( $p \leq 0,05$ )

По кожному субшкальному діагностичному концепту опитувальника суїцидального ризику було підраховано загальний бал, з метою визначення рівня сформованості суїцидальних намірів і конкретних факторів суїцидального ризику.

За даними, наведеними на табл. 2, у чоловіків з ПШД ризик суїцидальної поведінки найчастіше був пов'язаний з факторами «соціальний песимізм» (5,9±1,0 бали), «неспроможність» (5,6±0,9 бали), «часова перспектива» (5,5±0,9 бали), «афективність» (5,2±0,9 бали).

Соціальний песимізм – це фактор, що полягає в негативній концепції навколишнього світу. Світ сприймається такими особами як ворожий, не відповідає уявленням про нормальні або задовільні відносини з оточуючими. Соціальний песимізм тісно пов'язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції.

Сутність фактору неспроможність – негативна концепція власної особистості, почуття власної неспроможності, некомпетентності, непотрібності. Неспроможність відображає інтрапунітивний радикал. Високі показники за фактором тимчасової перспективи, отримані в групі чоловіків з ПШД свідчать про неможливість конструктивного планування майбутнього.

Високі значення за фактором афективність були притаманними як жінкам з ПШД, так і чоловікам. Даний фактор свідчить про домінування емоцій над інтелектуальним контролем при оцінюванні ситуації, готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. В крайньому варіанті може відбуватись афективна блокада інтелекту.

У жінок ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим, у порівнянні з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також вищий (порівняно з Г1) показник за антисуїцидальним фактором ( $p \leq 0,05$ ).

Суїцидальний ризик у жінок з ПШД здебільшого був пов'язаний з факторами «демонстративність» (5,3±0,8 бали) та «афективність» (5,0±0,8 бали).

Поведінкові прояви пов'язані з фактором «демонстративність» – це бажання привернути увагу оточуючих до власних негараздів, намагання домогтися співчуття і розуміння. На зовнішньому плані така поведінка може виглядати як «шантаж», «істероїдне підкреслювання труднощів», демонстративна суїцидальна поведінка.

Таким чином, підвищення значень за деякими шкалами опитувальника при поєднанні з високими значеннями за антисуїцидальним фактором свідчить про ризик реалізації суїцидальних намірів серед контингенту осіб з ПШД чоловічої та жіночої статі.

Важливим критерієм ефективності/неефективності наданої допомоги є зміни показників якості життя пацієнтів, тому на етапі психодіагностики використовували опитувальник якості життя (табл. 3).

Таблиця 3

Показники якості життя пацієнтів з ПШД  
(середні бали)

Складові якості життя	Г1 (n=68)	Г2 (n=73)
фізичне благополуччя	4,9±0,5	4,3±0,4
психологічне/емоційне благополуччя	4,5±0,5	4,0±0,4
самообслуговування та незалежність в діях	5,0±0,7	4,4±0,4
працевдатність	4,8±0,5	4,5±0,5
міжособистісна взаємодія	4,6±0,5	4,1±0,4
соціо-емоційна підтримка	4,2±0,4	3,8±0,3
громадська та службова підтримка	3,9±0,4	3,6±0,3
самореалізація	3,4±0,4	3,0±0,3
духовна реалізація	3,2±0,3	2,9±0,2
загальне сприйняття якості життя	3,8±0,4	3,5±0,3

Як свідчать дані, наведені в табл. 3, показники якості життя в цілому знаходились в діапазоні середніх значень. Найнижчі бали як у чоловіків, так і у жінок з ПШД, були пов'язані з факторами «громадська та службова підтримка» (Г1 – 3,9±0,4 бали, Г2 – 3,6±0,3 бали), «самореалізація» (Г1 – 3,4±0,4 бали, Г2 – 3,0±0,3 бали), «духовна реалізація» (Г1 – 3,2±0,3 бали, Г2 – 2,9±0,2 бали), «загальне сприйняття якості життя» (Г1 – 3,8±0,4 бали, Г2 – 3,5±0,3 бали). При цьому пацієнти відмічали, що мають проблеми з професійною реалізацією в зв'язку з наявністю діагнозу, не відчувають підтримки з боку суспільства, постійно стикаються з нетолерантністю та стигматизацією в громаді, що негативно впливає на якість життя.

За допомогою шкали DAS оцінювали навички пацієнтів з ПШД у сферах самообслуговування, інтересів та зайнятості, діяльності в родині та у побуті, спілкування та ізоляції, участі в домашніх справах, сімейної, шлюбної та батьківської ролі, соціальних контактів, професійної ролі, зацікавленості і поінформованості та поведінки в нестандартних і складних ситуаціях.

Дані дослідження пацієнтів з ПШД за шкалою DAS наведено в табл. 4.

Як свідчать дані, наведені в табл. 4, в даній виборці пацієнтів з ПШД не було осіб без проявів дисфункції або з проявами максимальної дисфункції за всіма доменами шкали. Жінки групи Г2 демонстрували вищий рівень функціонування в загальній поведінковій сфері, у порівнянні з чоловіками Г1: мінімальний рівень дисфункції за кожним з доменів сфери характеризував в середньому 3,8±2,3 % жінок, в той час як серед чоловіків осіб з мінімальним ступенем дисфункції поведінки було в середньому 2,2±1,7 %, при цьому статистично достовірні розбіжності стосувались доменів «самообслуговування» та «діяльність в родині та побуті» (при порівнянні Г1 та Г2  $p \leq 0,05$ ). Більша (у порівнянні з Г2  $p \leq 0,05$ )

частка осіб чоловічої статі з ПШД мали серйозну або дуже серйозну поведінкову дисфункцію: за доменом «самообслуговування» – 33,8±5,7 % (при 23,2±4,9 % в Г2), «інтереси та зайнятість» – 42,6±6,0 % (при 32,8±5,5 % в Г2), «діяльність у родині та побуті» – 36,8±5,8 % (26,0±5,1 % в Г2), «спілкування та ізоляція» – 52,9±6,1 % (при 39,7±5,7 % в Г2).

В сфері виконання соціальних ролей спостерігались тенденції, схожі до описаних вище. Мінімальний рівень дисфункції за кожним з доменів сфери характеризував в середньому 5,5±2,7 % жінок Г2, серед чоловіків Г1 осіб з мінімальним ступенем дисфункції поведінки було в середньому 2,2±1,8.

Використання шкали BOO3 Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) надало можливість визначити загальний рівень адаптації досліджуваних пацієнтів з ПШД (табл. 5).

За даними, наведеними в табл. 5, біля половини чоловіків та жінок з ПШД мали поганий або дуже поганий рівень адаптації (Г1 – 67,6±5,7 %; Г2 – 46,5±5,8 %), при цьому жінки були достовірно більш адаптованими, у порівнянні з чоловіками (p≤0,05). Відмінної адаптації не визначено в жодній особі в Г1 та в Г2. Хорошої адаптації не виявлено в групі чоловіків, в групі жінок такий рівень адаптації мали лише 4 особи (5,4±2,6 %). Задовільним рівнем адаптації характеризувались 32,3±5,7 % чоловіків Г1 та 47,9±5,8 % жінок Г2.

У табл. 6 наведено оцінку дослідженими рівня соціальної підтримки, яку пацієнти з ПШД отримують.

Таблиця 5

Ступінь адаптації  
по групах Г1 (n=68)/Г2 (n=73) (n, %)

Ступінь адаптації	n	%±m
відмінна або дуже добра адаптація	0/0	0,0/0,0
хороша адаптація	0/4	0,0/5,4±2,6
задовільна адаптація	22/35	32,3±5,7/47,9±5,8
погана адаптація	27/21	39,7±5,9/28,7±5,3
дуже погана адаптація	19/13	27,9±5,4/17,8±4,5
важка дезадаптація	0/0	0,0/0,0

Таблиця 6

Дані за шкалою соціальної підтримки, отримані в групах пацієнтів з ПШД (середній бал)

Шкали соціальної підтримки	Г1(n=68)	Г2 (n=73)
соціальна підтримка сім'ї	1,9±0,1	1,4±0,1
соціальна підтримка друзів	1,4±0,1	1,0±0,1
соціальна підтримка від «значимих інших»	0,9±0,1	0,6±0,1

Як свідчать дані табл. 6, за оцінкою досліджених рівень соціальної підтримки, яку вони відчувають, був низьким. При цьому найменші показники стосувались фактору «соціальна підтримка від «значимих інших» (Г1 – 0,9±0,1 бали; Г2 – 0,6±0,1 бали).

Таблиця 4

Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів з ПШД (%)

Сфери соціального функціонування	Рівень виразності дисфункції в групах Г1(n=68)/Г2 (n=73) (%±m)					
	1	2	3	4	5	6
<b>Загальна поведінкова дисфункція</b>						
самообслуговування	0,0/0,0	2,94±2,0/6,8±2,9	63,2±5,8/69,8±5,4	33,8±5,7/23,2±4,9	0,0/0,0	0,0/0,0
інтереси та зайнятість	0,0/0,0	0,0/2,7±1,9	55,8±6,0/61,6±5,7	42,6±6,0/32,8±5,5	1,4±1,4/2,7±1,9	0,0/0,0
діяльність у родині та у побуті	0,0/0,0	1,4±1,4/4,1±2,3	61,7±5,9/68,4±5,4	36,8±5,8/26,0±5,1	0,0/1,3±1,3	0,0/0,0
спілкування та ізоляція	0,0/0,0	0,0/1,3±1,3	41,1±6,0/52,0±5,8	52,9±6,1*/39,7±5,7	5,8±2,8/6,8±2,9	0,0/0,0
<b>Виконання соціальних ролей</b>						
участь в домашніх справах	0,0/0,0	2,9±2,0/8,2±3,2	41,1±6,0/63,0±5,7	47,1±6,1/28,7±5,3	8,8±3,4/0,0	0,0/0,0
сімейна роль	0,0/0,0	1,4±1,4/4,1±2,3	50,0±6,1/69,8±5,4	32,3±5,7/23,3±4,9	16,1±4,5/2,7±1,9	0,0/0,0
шлюбна роль	0,0/0,0	2,9±2,0/10,9±3,6	29,4±5,5/67,1±5,5*	44,1±6,1*/17,8±4,5	23,5±5,1/4,1±2,3	0,0/0,0
батьківська роль	0,0/0,0	0,0/5,4±2,6	22,0±5,0/53,4±5,8	51,4±6,1/34,2±5,6	26,4±5,3*/6,8±2,9	0,0/0,0
соціальні контакти	0,0/0,0	4,4±2,5/8,2±3,2	41,1±6,1/54,7±5,8	41,1±6,1/27,4±5,2	13,2±4,1/9,5±3,4	0,0/0,0
професійна роль	0,0/0,0	0,0/1,3±1,3	22,0±5,0/23,2±4,9	36,7±5,8/35,6±5,6	41,1±6,1/39,7±5,7	0,0/0,0
зацікавленість і поінформованість	0,0/0,0	0,0/4,1±2,3	48,5±6,1/57,5±5,8	39,7±5,9/30,1±5,4	11,7±3,9/8,2±3,2	0,0/0,0
поведінка в нестандартних і складних ситуаціях	0,0/0,0	1,4±1,4/1,3±1,3	60,2±5,9/64,3±5,6	29,4±5,5/28,7±5,2	8,8±3,4/5,4±2,6	0,0/0,0

Примітки: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; \* – різниця достовірна (p≤0,05) (при порівнянні Г1 та Г2 у кожному стовпці)

Дещо вищий бал в групах отримано за показником «соціальна підтримка друзів» (Г1 – 1,4±0,1 бали; Г2 – 1,0±0,1 бали). Вищим, у порівнянні з іншими показниками, було значення фактору «соціальна підтримка сім'ї» (Г1 – 1,9±0,1 бали; Г2 – 1,4±0,1 бали), проте і ці значення були зниженими відносно нормативних.

Визначені особливості соціального функціонування пацієнтів з ПШД надалі враховано при побудові програми медико-соціального супроводу на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування.

### 6. Обговорення результатів дослідження

В результаті проведеного дослідження виявлено зниження рівня соціального функціонування у пацієнтів з ПШД, що проявляється в недостатності вольового самоконтролю, поганий рівень адаптації, низький рівень використання соціальної підтримки. Також визначено зниження загальної якості життя у чоловіків та жінок з ПШД.

Важливим показником, який виявлено в межах дослідження визначено високий ризик реалізації аутоагресивних тенденцій, які були достовірно вищими у чоловіків у порівнянні з жінками ( $p \leq 0,05$ ).

Визначені дезадаптивні психосоціальні характеристики є водночас факторами ризику виникнення рецидивів захворювання, що слід враховувати при розробці системи комплексного медико-психологічного супроводу для даної категорії пацієнтів. Згідно з сучасною біопсихосоціальною моделлю організації допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими розладами, важливого значення набуває організація програм соціальної реабілітації пацієнтів з ПШД з метою підвищення рівня адаптації в макро- та мікросоціумі, поліпшення якості їх життя. При цьому важливо впроваджувати такий супровід не тільки на етапі стаціонарного лікування, але й впродовж амбулаторного етапу. На амбулаторному етапі також важливо здійснювати моніторинг суїцидального ризику серед пацієнтів з ПШД.

У зарубіжних країнах велике значення надають створенню спеціальних соціальних програм, що сприяють підвищенню соціального статусу і редукції симптомів шизофренії [10, 11]. Крім психофармакотерапії, в них передбачені психотерапевтичні заходи, «соціальний тренінг, модель «терапевтичного партнерства» за участю лікарів, пацієнтів та їх сімей, створення спеціальних комун [11]. Такий підхід, на нашу думку, повинен бути розповсюджений і в Україні.

Важливо, щоб соціореабілітаційні заходи для пацієнтів з ПШД в період ремісії були спрямовані на те, щоб вони продовжували роботу в умовах зви-

чайного виробництва, зберігали досягнутий ними рівень кваліфікації і обсяг трудового навантаження [8]. В Україні в умовах переходу від стаціонарного до амбулаторного видів допомоги безперервно зростає роль участі сім'ї в процесі надання допомоги пацієнтам з ПШД [2]. Тому, програма комплексного медико-психологічного супроводу обов'язково повинна включати заходи професійної реабілітації, а також інтервенції, що підсилюють компетентність родичів хворих з ПШД.

Для успішного виконання будь-яких реабілітаційних програм потрібна також активна взаємодія суспільних, благодійних організацій з різними державними та відомчими структурами, причетними до освіти, медичного обслуговування, життєзабезпечення та надання соціальних пільг пацієнтам з психічними та поведінковими розладами [12].

### 7. Висновки

1. В межах дослідження вивчали дані щодо соціального функціонування пацієнтів з ПШД. Середні бали за шкалами опитувальника вольового самоконтролю були низькими (Г1 – 6,5±1,2 бали, Г2 – 6,8±1,1 бали). Показники якості життя в цілому знаходились в діапазоні середніх значень. Біля половини чоловіків та жінок з ПШД мали поганий або дуже поганий рівень адаптації (Г1 – 67,6±5,7 %; Г2 – 46,5±5,8 %), при цьому жінки були достовірно більш адаптованими, у порівнянні з чоловіками ( $p \leq 0,05$ ). За оцінкою досліджених рівень соціальної підтримки, яку вони відчують, був низьким, при цьому найменші показники стосувались фактору «соціальна підтримка від «значимих інших» (Г1 – 0,9±0,1 бали; Г2 – 0,6±0,1 бали).

2. У чоловіків та жінок з ПШД визначено високий ризик реалізації аутоагресивних тенденцій. У чоловіків з ПШД ризик суїцидальної поведінки найчастіше був пов'язаний з факторами «соціальний песимізм» (5,9±1,0 бали), «неспроможність» (5,6±0,9 бали), «часова перспектива» (5,5±0,9 бали), «афективність» (5,2±0,9 бали). У жінок ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим, у порівнянні з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також вищий (порівняно з Г1) показник за антисуїцидальним фактором ( $p \leq 0,05$ ). Суїцидальний ризик у жінок з ПШД здебільшого був пов'язаний з факторами «демонстративність» (5,3±0,8 бали) та «афективність» (5,0±0,8 бали).

Визначені особливості соціального функціонування будуть враховані надалі при розробці заходів гендерно-специфічного сімейноцентрованого супроводу пацієнтів з ПШД.

### Література

1. Михайлов, Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) [Текст] / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – № 4 (65). – С. 39–47.
2. Марута, Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии [Текст] / Н. А. Марута // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–20.

3. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація [Текст]: метод. рек. – Х., 2010. – 31 с.
4. Аширбеков, Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями [Текст] / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 37–53.
5. Гуменюк, Л. Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) [Текст] / Л. Н. Гуменюк // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 9–12.
6. Приб, Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади [Текст] / Г. А. Приб // Архів психіатрії. – 2007. – № 1. – С. 26–33.
7. Буздиган, О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей [Текст] / О. Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 4 (89). – С. 47–53.
8. Ряполова, Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. Л. Ряполова. – Х., 2010. – 32 с.
9. Jackson, C. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms [Text] / C. Jackson, P. Trower, I. Reid, J. Smith, M. Hall, M. Townend et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2009. – Vol. 47, Issue 6. – P. 454–462. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.009
10. Wiles, N. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial [Text] / N. Wiles, L. Thomas, A. Abel, N. Ridgway, N. Turner, J. Campbell et al. // The Lancet. – 2013. – Vol. 381, Issue 9864. – P. 375–384. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61552-9
11. Weisman de Mamani, A. The effect of a culturally informed therapy on self-conscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial [Text] / A. Weisman de Mamani, G. Suro // Psychotherapy. – 2016. – Vol. 53, Issue 1. – P. 57–67. doi: 10.1037/pst0000038
12. Пінчук, І. Я. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я – перспективний напрям розвитку психіатричної служби України [Текст] / І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, А. К. Ладик–Бризгалова, Ю. В. Ячнік // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 162–166.
13. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст] / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
14. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2001. – 408 с.

*Рекомендовано до публікації д-р. мед. наук, професор Аймедов К. В.  
Дата надходження рукопису 04.05.2017*

**Стаханов Кирило Олегович**, асистент, кафедра психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082  
E-mail: stahanovkirill@gmail.com