

20. Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan / T. Ayazi, L. Lien, A. Eide [et al.] // BMC psychiatry. 2014. Vol. 14. P. 6.

21. Гончарова О. Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях // Современные исследования социальных проблем. 2014. № 9 (41). С. 3—12.

22. Бедина И. А., Шпорт С. В. Особенности формирования психических расстройств у беженцев // Вопросы клинической психологии : Всероссийская научная Интернет-конференция с международным участием : материалы конф. (Казань, 30 октября 2014). Казань : ИП Синяев Д. Н., 2014. С. 14—17.

23. Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб / [Г. М. Кожина, М. В. Маркова, В. Б. Михайлов, Д. А. Фельдман] // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 129.

24. Clinical features of neurotic disorders in internally displaced persons / [V. Korostiy, H. Kozhyna, K. Melamud, O. Platyniuk] // European Psychiatry. 2016. № 33. P. S196—S197.

25. Хаустова О. О., Коваленко Н. В. Попередній аналіз проблем і скарг внутрішньо переміщених осіб // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 175.

26. Пономарьов В. І., Суворова-Григорович Г. О. Електроенцефалографічні кореляти невротичних розладів у тимчасово переміщених із зони АТО осіб // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 2, № 2 (4). С. 31—33.

27. Спирина И. Д., Рокутов С. В., Казаков В. Е. Психические расстройства у лиц, перемещенных из зоны боевых действий // Влияние научно-технического прогресса на развитие медицинской науки и практики: реалії сьогодення : збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 8—9 липня 2016 р.). Київ : Київський медичний науковий центр, 2016. С. 81—82.

28. Вахтенков М. Ю. Посттравматичний стресовий розлад як тригерний фактор цукрового діабету // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 91—97.

29. Effect of sanitary-environmental conditions of diabetic hypertension incidence in displaced persons / M. Muraspahić, I. Kastrat, S. Plojović [et al.] // Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2017. Vol. 5, № 1. P. 86—90.

Надійшла до редакції 05.07.2017 р.

СПІРИНА Ірина Дмитрівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, загальної та медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА МОЗ України»), м. Дніпро, Україна; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

РОКУТОВ Сергій Вікторович, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; e-mail: rokutov@ukr.net

ШОРНИКОВ Андрій Володимирович, асистент кафедри*; e-mail: shornikov@ukr.net

ФЕДЕНКО Єлизавета Сергіївна, кандидат медичних наук, асистент кафедри*; e-mail: 417@dsm.dp.ua

* — кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпро, Україна

SPIRINA Iryna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department psychiatry, general and medical psychology of State Establishment "Dnipropetrovsk medical Academy of Health Ministry of Ukraine" ("DMA of Health Ministry of Ukraine", SE), Dnipro, Ukraine, e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

ROKUTOV Sergii, MD, PhD, Associate Professor of the Department*; e-mail: rokutov@ukr.net

SHORNIKOV Andrii, assistant of the Department*; e-mail: shornikov@ukr.net

FEDENKO Yelyzaveta, MD, PhD, assistant of the Department*; e-mail: 417@dsm.dp.ua

* — Department of psychiatry, general and medical psychology of the "DMA of Health Ministry of Ukraine", SE, Dnipro, Ukraine

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

К. О. Стаханов АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

К. О. Стаханов
Анализ эффективности проведенного медико-психологического сопровождения пациентов
с постшизофренической депрессией

К. О. Stakhanov
Analysis of efficiency of medical-psychological support of patients with post-schizophrenic depression

Організація комплексних програм допомоги пацієнтам з постшизофреничною депресією є одним з актуальних завдань сучасної практичної медицини, проте дотепер відсутній загальноприйнятий підхід як до діагностики цих станів, так і практичних рекомендацій з оптимізації терапії. В статті наведено викладення програми організації комплексного гендерно-специфічного сімейноцентрованого медико-психологічного супроводу пацієнтів з постшизофреничною депресією. Програма медико-психологічного супроводу включала два етапи: перший проводився протягом стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість, другий етап, психопрофілактичний, підтримувальний, було організовано в амбулаторний період. Також наведено аналіз ефективності впровадженого авторського супроводу.

Ключові слова: постшизофренична депресія, медико-психологічний супровід, аналіз ефективності

Организация комплексных программ помощи пациентам с постшизофренической депрессией является одной из актуальных задач современной практической медицины, однако до сих пор отсутствует общепринятый подход как к диагностике этих состояний, так и к практическим рекомендациям по оптимизации терапии. В статье приведено изложение программы организации комплексного гендерно-специфического семейноцентрированного медико-психологического сопровождения пациентов с постшизофренической депрессией. Программа медико-психологического сопровождения включала два этапа: первый проводился в течение стационарного лечения и имел психокоррекционную направленность, второй этап, психопрофилактический, поддерживающий, был организован в амбулаторный период. Также приведен анализ эффективности внедренного авторского сопровождения.

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, медико-психологическое сопровождение, анализ эффективности

The organization of comprehensive programs to help patients with post-schizophrenic depression is one of the urgent problems of modern practical medicine, but there is still no generally accepted approach to both the diagnosis of these conditions and practical recommendations for optimizing therapy. The article describes the program of organization of complex gender-specific family-centered medical and psychological support for patients with post-schizophrenic depression. The program of medical and psychological support included two stages: the first was conducted during inpatient treatment and had a psychocorrectional focus, the second stage, psycho-prophylactic, supporting, was organized in an outpatient period. Also the analysis of efficiency of the introduced author's support is given.

Key words: post-schizophrenic depression, medical and psychological support, efficiency analysis

В Україні в цей час зростає потреба в розробленні програм психосоціальної реабілітації хворих на постшизофренічну депресію (ПШД), яка б дозволяла підвищити якість життя пацієнта [1, с. 44—46; 2, с. 38—40]. Серед цієї категорії пацієнтів спостерігається підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10—12 років порівняно з середньостатистичним показником, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей, рівня соціального функціонування [3, с. 77—79]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на ПШД, — тривале безробіття, відсутність житла, незадоволеність своїми життєвими обставинами при зниженому рівні функціонування, низька оцінка власного матеріального добробуту, житлових умов, забезпеченості одягом, денної активності, взаємовідносин, а також статусу в сім'ї [4, с. 48—50; 5, с. 17—19]. Згідно з наявними даними, 50—80 % осіб з психічними розладами живуть в батьківських сім'ях або в сім'ях дорослих [3, с. 77—79]. При цьому, хоча в більшості випадків пацієнти займають в сім'ї залежне становище, а відносини з родичами нерідко досить складні, сім'я, надаючи підтримку хворим, значною мірою маскує їхню неспроможність. У сучасній моделі психіатричної допомоги сім'я пацієнта займає вагомe місце. Зростає розуміння того, що сім'я, як найближче оточення хворого, здатна чинити на нього істотний терапевтичний вплив [3, с. 77—79; 4, с. 48—50; 5, с. 17—19].

Саме тому в рамках цього дослідження було зроблено спробу організації комплексного медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПШД з використанням сімейноцентрованого підходу.

Дослідження проходило протягом 2011—2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі було включено 141 хворий на ПШД. На початку дослідження всі обстежувані були поділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу, а 73 жінки — другу групу. Перед проведенням корекційних інтервенцій групи досліджуваних, що були набрані раніше, було поділено на дві основні групи (ОГ1 — чоловічу (37 осіб) та ОГ2 — жіночу (39 осіб)) та дві групи порівняння (ГП1 — чоловічу (31 особа) та ГП2 — жіночу (34 особи)).

Методи, які використовували в дослідженні: теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний.

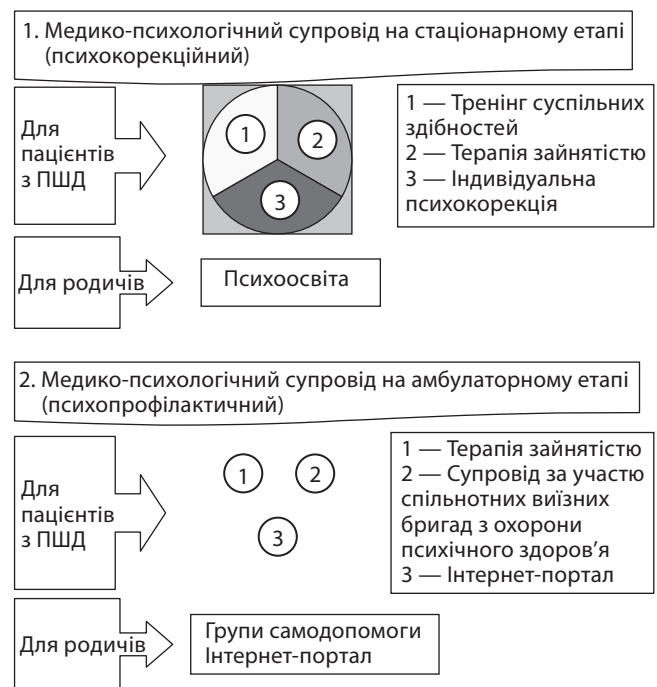
Психодіагностичне дослідження хворих включало шкалу HADS/HARS для вивчення психоемоційних особливостей пацієнтів з постшизофренічною депресією; опитувальник Басса — Даркі. Для вивчення соціально-психологічних особливостей використовували опитувальник вольового самоконтролю — ВСК (Зверков А. Г., Ейдеман Е. В.), опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивну сферу оцінювали за допомогою методик «10 слів» за А. Р. Лурією (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та методу піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводили за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruiperzer, Liu & Yoon, 1999 [7, с. 35—39, 47—51, 59—64, 127—135].

Дослідження складалось з чотирьох етапів. На першому етапі здійснювали набір в групи дослідження за критеріями включення — виключення, вивчали соціально-демографічні характеристики досліджуваних чоловіків та жінок та проводили психодіагностику з метою вивчення індивідуально-психологічних особливостей чоловіків та жінок з ПШД. В результаті проведення психодіагностичного обстеження у 100,00 % пацієнтів з ПШД було

визначено порушення в психоемоційній (високий рівень тривоги та депресії, агресивні тенденції), когнітивній (порушення уваги, пам'яті та мислення) та психосоціальної (низький рівень адаптації, складнощі з самоконтролем в комунікації, ризик реалізації суїцидальної поведінки, зниження якості життя) сферах.

Програма медико-психологічного супроводу включала два етапи: перший проводився протягом стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість (другий етап дослідження), другий етап, психопрофілактичний, підтримувальний, було організовано в амбулаторний період (третій етап дослідження). В межах супроводу було враховано, крім участі самих пацієнтів, також участь членів їхніх родин.

Основні етапи медико-психологічного супроводу та інтервенції, які проводили на цих етапах, відображено на рисунку.



Етапи та складові комплексного медико-психологічного супроводу пацієнтів з ПШД за участю їхніх родичів

На стаціонарному етапі в рамках комплексного супроводу для пацієнтів з ПШД було організовано такі психокорекційні інтервенції: тренінг суспільних здібностей, терапія зайнятості, а також проводили індивідуальні психокорекційні заняття. Паралельно на цьому етапі для родичів пацієнтів з ПШД було організовано психосвітні заходи.

На амбулаторному етапі супровід також мав комплексний характер та включав терапію зайнятості, Інтернет-портал для спілкування пацієнтів. Також на амбулаторному етапі в межах програми медико-психологічного супроводу було використано модель роботи спільнотних виїзних бригад з охорони психічного здоров'я [6, с. 162—166]. Для родичів пацієнтів з ПШД було організовано групи самопомоги та Інтернет-портал.

З метою оцінювання ефективності авторського комплексного медико-психологічного супроводу серед всього контингенту досліджених було проведено ретестування з використанням психодіагностичних методик, які використовували на етапі первинної психодіагностики.

Оцінення ефективності проводили в трьох векторах: психоемоційний, когнітивний, соціально-психологічний.

Серед психоемоційних характеристик обстежених було повторно оцінено рівні тривоги, депресії, а також агресивні тенденції (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних за рівнем тривоги та депресії на етапах до та після корекції (абс./%)

| Рівень тривоги та депресії до та після втручання | | Кількість осіб з вказаним рівнем / % | | | |
|--|-------|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | ОГ1 n = 37 | ГП1 n = 31 | ОГ2 n = 39 | ГП2 n = 34 |
| Рівень тривоги (HARS) | | | | | |
| високий | до | 16/43,24 | 13/41,94 | 21/53,85 | 19/55,88 |
| | після | 5/13,52* | 8/25,81 ** | 8/20,52* | 12/35,30** |
| середній | до | 17/45,95 | 14/45,16 | 15/38,46 | 13/38,24 |
| | після | 16/43,24 | 18/58,06 | 18/46,15 | 18/52,94 |
| низький | до | 4/10,81 | 4/12,90 | 3/7,69 | 2/5,88 |
| | після | 16/43,24* | 5/16,13** | 13/33,33* | 4/11,76** |
| Рівень депресії (HADS) | | | | | |
| високий | до | 23/62,16 | 19/61,29 | 21/53,85 | 18/52,94 |
| | після | 7/18,92* | 13/41,94** | 6/15,38 | 11/32,36 |
| середній | до | 14/37,84 | 12/38,71 | 18/46,15 | 16/47,06 |
| | після | 21/56,76 | 16/51,61 | 21/53,85 | 20/58,82 |
| низький | до | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | після | 9/24,32 | 2/6,45 | 12/30,77 | 3/8,82 |

Примітка. Тут і далі: * — різниця в групі на етапах до та після корекції є вірогідною, $p \leq 0,05$; ** — різниця між основною групою та групою порівняння є вірогідною, $p \leq 0,05$

За даними таблиці можна бачити, що в основних групах відбулися позитивні зміни щодо рівнів тривоги та депресії, які були статистично значущими при порівнянні з етапом до корекції ($p \leq 0,05$). Зокрема, кількість осіб з високим рівнем тривоги в ОГ1 зменшилась на 29,72 %, в ОГ2 — на 33,33 %; відповідно збільшилась кількість пацієнтів з низьким рівнем тривоги: в ОГ1 — на 32,43 %, в ОГ2 — на 25,64 %. Зміни в групах порівняння також мали позитивний вектор, проте вони не були статистично вірогідними як при порівнянні з відповідними основними групами, так і при порівнянні з етапом до корекції ($p > 0,05$).

Про більшу ефективність авторського медико-психологічного супроводу порівняно зі стандартним лікуванням свідчать також позитивні зміни щодо рівня депресії пацієнтів з ПШД основних груп дослідження, які мали статистичну вірогідність ($p \leq 0,05$). В ОГ1 кількість осіб з високим рівнем депресії зменшилась на 43,24 %, в ОГ2 — на 38,47 %; при цьому кількість осіб з низьким рівнем депресії, яких до початку впровадження супроводу в означених групах не було зовсім, збільшилась в ОГ1 — на 24,32 %, в ОГ2 — на 30,77 %. В групах порівняння також відбулись позитивні зміни, при цьому вони не були статистично вірогідними як при порівнянні з відповідними основними групами, так і при порівнянні з етапом до корекції ($p > 0,05$).

Надалі порівнювали вираженість агресивних тенденцій в групах чоловіків та жінок з ПШД на етапах до та після корекції (табл. 2).

Як свідчать наведені дані (див. табл. 2), в основних групах відбулись позитивні зміни щодо всіх шкал агресивності, при цьому ці зміни мали статистичну вірогідність при порівнянні на етапах до та після корекції, а також при зіставленні з даними, отриманими в групах порівняння ($p \leq 0,05$). Зокрема, в результаті проведення психокорекційних інтервенцій рівень фізичної агресії в ОГ1 знизився на 23,9 бала, рівень вербальної агресії — на 24,9 бала, рівень непрямой агресії — на 29,2 бала, негативізму — на 26,3 бала, роздратування — 33,9 бала, підозрливості — на 32,3 бала, образи — на 26,5 бала, почуття провини — на 19,2 бала (різниця в групі на етапах до та після корекції є вірогідною, $p \leq 0,05$). В ОГ2 рівень фізичної агресії знизився на 22,3 бала, рівень вербальної агресії — на 23,2 бала, рівень непрямой агресії — на 29,5 бала, негативізму — 23,9 бала, роздратування — 34,5 бала, підозрливості — на 25,0 балів, образи — на 23,6 бала, почуття провини — на 18,9 бала (різниця в групі на етапах до та після корекції є вірогідною, $p \leq 0,05$). Позитивні зміни на етапі після корекції в групах порівняння були статистично менш значимими порівняно з відповідними основними групами ($p \leq 0,05$).

Після проведення корекційних заходів позитивні зміни відбулись також в когнітивній сфері. Ефективність запам'ятовування в основних групах підвищилась і складала в ОГ1 при першому пред'явленні $5,9 \pm 0,19$, при другому — $6,3 \pm 0,12$, при третьому — $6,8 \pm 0,13$, при четвертому — $7,2 \pm 0,10$, при п'ятому — $7,6 \pm 0,12$, при шостому (відстрокованому) — $6,4 \pm 0,15$; в ОГ2 — при першому пред'явленні $5,6 \pm 0,12$, при другому — $6,4 \pm 0,12$, при третьому — $6,7 \pm 0,11$, при четвертому — $7,0 \pm 0,12$, при п'ятому — $7,3 \pm 0,13$, при шостому (відстрокованому) — $6,1 \pm 0,11$. Різниця з відповідними групами порівняння була статистично вірогідною ($p \leq 0,05$).

Таблиця 2. Структура і вираженість форм агресивної поведінки в обстежуваних на етапах до та після корекції (середній бал)

| Показники за шкалами до та після втручання | | ОГ1 n = 37 | ГП1 n = 31 | ОГ2 n = 39 | ГП2 n = 34 |
|--|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| фізична агресія | до | 56,5↑ | 56,3↑ | 46,1 | 46,2 |
| | після | 32,6* | 43,2** | 23,8* | 39,7** |
| вербальна агресія | до | 63,0↑ | 62,8↑ | 54,2↑ | 53,9↑ |
| | після | 38,1* | 49,5** | 31,0* | 42,4** |
| непряма агресія | до | 65,9↑↑ | 66,3↑↑ | 59,0↑↑ | 59,1↑↑ |
| | після | 36,7* | 48,2↑** | 29,5* | 43,0↑** |
| негативізм | до | 73,8↑ | 73,4↑ | 65,3↑ | 65,5↑ |
| | після | 47,5* | 59,6↑** | 41,4* | 54,9↑** |
| роздратування | до | 85,1↑↑↑ | 85,6↑↑↑ | 84,1↑↑↑ | 83,7↑↑↑ |
| | після | 51,2↑* | 63,8↑↑** | 49,6↑* | 61,5↑↑** |
| підозрливості | до | 82,4↑↑↑ | 82,6↑↑↑ | 73,9↑↑↑ | 74,5↑↑↑ |
| | після | 50,1↑* | 62,5↑↑** | 48,9↑* | 59,8↑↑** |
| образи | до | 61,9↑↑ | 61,7↑↑ | 72,6↑↑↑ | 72,4↑↑↑ |
| | після | 35,4* | 51,8↑** | 49,0↑* | 59,7↑↑** |
| почуття провини | до | 69,5↑ | 69,4↑ | 81,6↑↑ | 81,0↑↑ |
| | після | 50,3* | 58,0↑ | 62,7↑* | 69,5↑ |

Примітки: ↑↑↑ — дуже високий рівень, ↑↑ — високий рівень, ↑ — підвищений рівень

Після проведення медико-психологічного супроводу результати за всіма параметрами уваги (стійкість, концентрація, розподіл, переключення) в основних групах поліпилися (різниця між основними групами та відповідними групами порівняння є вірогідною, $p \leq 0,05$). Зокрема, кількість осіб з низьким рівнем стійкості уваги зменшилась в ОГ1 на 32,43 %, в ОГ2 — на 36,00 %, кількість пацієнтів з низьким рівнем концентрації уваги зменшилась в ОГ1 на 29,72 %, в ОГ2 — на 35,90 %, кількість осіб з низьким рівнем розподілу уваги зменшилась в ОГ1 на 32,44 %, в ОГ2 — на 28,20 %, кількість чоловіків з низьким рівнем переключення уваги зменшилась в ОГ1 на 24,32 %, жінок в ОГ2 — на 23,08 %.

Важливими критеріями ефективності проведеного медико-психологічного супроводу було підвищення показників соціальної адаптації та суспільної компетенції (табл. 3).

Таблиця 3. Дані, отримані в групах досліджуваних з ПШД за опитувальником ВСК на етапах до та після корекції (середній бал)

| Показники за шкалами до та після втручання | | ОГ1 n = 37 | ГП1 n = 31 | ОГ2 n = 39 | ГП2 n = 34 |
|--|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Загальна (В) | до | 6,5 | 6,6 | 6,8 | 6,7 |
| | після | 10,3 | 7,6 | 9,4 | 7,4 |
| Наполегливість (Н) | до | 3,8 | 4,0 | 3,8 | 3,6 |
| | після | 6,4 | 4,7 | 5,5 | 4,1 |
| Самовладання (С) | до | 2,5 | 2,4 | 2,7 | 2,6 |
| | після | 4,3 | 2,9 | 3,5 | 3,0 |

Результати, наведені в таблиці, доводять ефективність впливу проведеного супроводу на рівень суб'єктивного контролю пацієнтів з ПШД (різниця між основною групою та групою порівняння є вірогідною, $p \leq 0,05$). Зокрема, середній показник за загальною шкалою самоконтролю в ОГ1 підвищився на 3,8 бала, в ОГ2 — на 2,6 бала. Позитивні зміни в основних групах також відбулися щодо рівнів наполегливості та самовладання: показник наполегливості в ОГ1 підвищився на 2,6 бала, самовладання — на 1,8 бала; в ОГ2 результат за шкалою наполегливості збільшився на 1,7 бала, за шкалою самовладання — на 0,8 бала.

Важливою індивідуально-психологічною особливістю, яка потребувала корекції, у пацієнтів з ПШД був високий рівень суїцидального ризику. Ця особливість, поряд з іншими, була мішенню, на яку впливали заходи проведеного медико-психологічного супроводу.

Наведені дані щодо змін рівня суїцидального ризику в групах пацієнтів з ПШД (табл. 4) свідчать про те, що до проведення комплексного супроводу у чоловіків з ПШД ризик суїцидальної поведінки найчастіше був пов'язаний з факторами «соціальний песимізм», «неспроможність», «часова перспектива», «афективність». В результаті проведеного корекційних інтервенцій в ОГ1 рівень суїцидального ризику за показником «соціальний песимізм» знизився на 2,2 бала, «неспроможність» — на 2,1 бала, «часова перспектива» — на 1,8 бала, «афективність» — на 2,0 бала.

Суїцидальний ризик у жінок з ПШД здебільшого був пов'язаний з факторами «демонстративність» та «афективність». Після корекції рівень ризику суїциду в ОГ2 за показником «демонстративність» знизився на 2,4 бала, за фактором «афективність» — на 1,3 бала.

Таблиця 4. Показники рівня суїцидального ризику у пацієнтів з ПШД на етапах до та після корекції (середній бал)

| Показники за шкалами до та після втручання | | ОГ1 n = 37 | ГП1 n = 31 | ОГ2 n = 39 | ГП2 n = 34 |
|--|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Демонстративність | до | 3,0 | 3,1 | 5,2 | 5,3 |
| | після | 2,2 | 2,9 | 2,8 | 4,5 |
| Афективність | до | 5,1 | 5,3 | 5,0 | 5,1 |
| | після | 3,1 | 4,7 | 3,7 | 4,6 |
| Унікальність | до | 2,4 | 2,2 | 2,6 | 2,7 |
| | після | 1,7 | 2,0 | 1,9 | 2,1 |
| Неспроможність | до | 5,7 | 5,6 | 4,2 | 4,1 |
| | після | 3,6 | 5,0 | 2,8 | 3,7 |
| Соціальний песимізм | до | 5,9 | 5,8 | 3,8 | 3,9 |
| | після | 3,7 | 5,1 | 2,4 | 3,3 |
| Злам культурних бар'єрів | до | 2,8 | 2,7 | 1,9 | 1,6 |
| | після | 2,0 | 2,5 | 1,2 | 1,5 |
| Максималізм | до | 4,5 | 4,7 | 2,5 | 2,4 |
| | після | 3,4 | 4,4 | 1,7 | 2,1 |
| Часова перспектива | до | 5,6 | 5,5 | 3,2 | 3,3 |
| | після | 3,8 | 5,2 | 2,1 | 2,8 |
| Антисуїцидальний фактор | до | 2,2 | 2,1 | 3,4 | 3,2 |
| | після | 3,1 | 2,4 | 4,7 | 3,6 |

До початку корекційного впливу у жінок з ПШД ризик суїцидальної поведінки був вірогідно меншим, порівняно з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також вищий (порівняно з чоловіками) показник за антисуїцидальним фактором ($p \leq 0,05$). Після проведення авторського комплексного супроводу показник за антисуїцидальним фактором підвищився в обох основних групах (в ОГ1 — на 0,9 бала; в ОГ2 — на 1,3 бала), при цьому все ж зберігалась статистично вірогідна різниця між ОГ1 та ОГ2 ($p \leq 0,05$). Отже, можна стверджувати, що хоча заходи проведеного медико-психологічного супроводу довели власну ефективність (про що свідчить і порівняння результатів в основних групах до та після корекції, а також зіставлення з даними в групах порівняння, $p \leq 0,05$), в групі чоловіків з ПШД ризик реалізації суїцидальних намірів все ще був досить високим; саме тому варто наголосити, що чоловіки з ПШД потребують постійного міждисциплінарного комплексного супроводу, насамперед, для мінімізації ризику суїцидальної поведінки.

Проведений комплексний медико-психологічний супровід мав позитивний вплив на показники якості життя пацієнтів з ПШД, про що свідчать дані табл. 5.

До впровадження авторського супроводу в групах пацієнтів з ПШД спостерігалось зниження показнику «загальне сприйняття якості життя», при цьому найнижчі бали як у чоловіків, так і у жінок з ПШД, були пов'язані з факторами «громадська та службова підтримка», «самореалізація», «духовна реалізація». Пацієнти зазначали, що мають труднощі з професійною реалізацією в зв'язку з наявністю діагнозу, не відчувають підтримки з боку громади, постійно стикаються з нетолерантністю та стигматизацією в громаді, що негативно впливає на якість життя. В результаті проведення корекції рівень

загального сприйняття якості життя в ОГ1 підвищився на 1,7 бала, в ОГ2 — на 2,5 бала (різниця між основними групами та відповідними групами порівняння є вірогідною, $p \leq 0,05$).

Таблиця 5. Показники якості життя пацієнтів з ПШД на етапах до та після корекції (середній бал)

| Показники за шкалами до та після втручання | | ОГ1 <i>n</i> = 37 | ГП1 <i>n</i> = 31 | ОГ2 <i>n</i> = 39 | ГП2 <i>n</i> = 34 |
|--|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| фізичне благополуччя | до | 4,8 | 5,0 | 4,2 | 4,4 |
| | після | 6,2 | 5,4 | 6,8 | 5,1 |
| психологічне/емоційне благополуччя | до | 4,6 | 4,4 | 4,2 | 4,1 |
| | після | 6,3 | 5,2 | 6,9 | 5,4 |
| самообслуговування та незалежність в діях | до | 5,1 | 4,9 | 4,5 | 4,3 |
| | після | 6,5 | 5,4 | 6,3 | 5,2 |
| працездатність | до | 4,8 | 4,7 | 4,5 | 4,6 |
| | після | 6,9 | 5,1 | 6,1 | 5,2 |
| міжособистісна взаємодія | до | 4,7 | 4,5 | 4,2 | 4,0 |
| | після | 6,5 | 5,3 | 7,0 | 5,7 |
| соціоемоційна підтримка | до | 4,1 | 4,3 | 3,7 | 3,9 |
| | після | 6,8 | 5,2 | 7,2 | 5,0 |
| громадська та службова підтримка | до | 4,0 | 3,8 | 3,6 | 3,7 |
| | після | 6,4 | 4,7 | 7,1 | 5,0 |
| самореалізація | до | 3,5 | 3,4 | 3,0 | 3,1 |
| | після | 4,3 | 4,0 | 4,9 | 4,4 |
| духовна реалізація | до | 3,3 | 3,2 | 3,1 | 2,9 |
| | після | 3,9 | 3,5 | 4,6 | 3,7 |
| загальне сприйняття якості життя | до | 3,7 | 3,9 | 3,6 | 3,4 |
| | після | 5,4 | 4,3 | 6,1 | 4,7 |

Результати проведених досліджень дозволяють зроби такі висновки.

В результаті проведення психодіагностичного обстеження у 100,00 % пацієнтів з ПШД було визначено порушення в психоемоційній (високий рівень тривоги

та депресії, агресивні тенденції), когнітивній (порушення уваги, пам'яті та мислення) та психосоціальної (низький рівень адаптації, складнощі з самоконтролем в комунікації, ризик реалізації суїцидальної поведінки, зниження якості життя) сферах.

Обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерно-специфічний сімейноцентрикований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД з урахуванням порушень в психоемоційній, когнітивній та психосоціальної сферах. Апробація заходів психосоціального супроводу показала їхню ефективність в 72,37 % випадків ($p \leq 0,05$).

Список літератури

1. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 4 (65). С. 39—47.
2. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2008. Т. 14. № 1. С. 37—53.
3. Гендерні особливості завершених суїцидальних спроб в м. Харкові (2008—2011 рр.) / І. В. Лінський, А. М. Бачериков, Р. В. Лакинський [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 76—80.
4. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей // Там само. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 47—53.
5. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. 2013. № 8 (53). С. 16—20.
6. Спільнотні служби охорони психічного здоров'я — перспективний напрям розвитку психіатричної служби України / [І. Я. Пінчук О. В. Колодежний, А. К. Ладик-Бризгалова, Ю. В. Ячнік] // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (40). С. 162—166.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.

Надійшла до редакції 27.07.2017 р.

СТАХАНОВ Кирило Олегович, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: stahanovkirill@gmail.com

СТАХАНОВ Kyrylo, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of the Odesa National medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: stahanovkirill@gmail.com