

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ»

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**КРИШТАЛЬ ВАЛЕНТИН ЄВГЕНОВИЧ**

УДК: 616.895.8-08-039.76-039.11+00.891

**ПСИХООСВІТА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ  
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

14.01.16 – психіатрія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

**В.Є. Кришталь**

---

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник:** Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук,  
професор

Харків – 2018

## АНОТАЦІЯ

Кришталь В. Є. Психосоцвіта в комплексному лікуванні хворих на шизофренію. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. Харківський національний медичний університет МОЗ України; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2019.

*Мета роботи* вивчити роль психосоцвіти в структурі комплексної терапії хворих на шизофренію і розробки оптимальних підходів до її застосування

Дослідження проведено на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було обстежено 159 хворих, обох статей, з встановленим діагнозом шизофренія параноїдна форма та 66 членів їх родин. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у психосоцвітній програмі) склали 94 особи, контрольну групу - 65 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Розроблено п'яти етапна психосоцвітня програма для хворих на шизофренію та їх родичів в основу якої покладено принцип диференційованого підходу та принцип партнерства медичного персоналу та хворого. Психосоцвітня програма включала до себе комплексне використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусій.

Розроблена психосоцвітня програма в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію була диференційована для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Встановлена висока результативність використання психосоцвіти в системі комплексного лікування - у хворих основної групи на тлі використання антипсихотиків у сполученні з психосоцвітньою програмою відмічається якісна редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану,

виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування, перехід дезадаптивних типів відношення до хвороби в адаптивні, усвідомлення своєї ролі та відповідальності за ефективність лікування, відчуття підтримки близьких, що визначає високий рівень сприйняття якості життя.

На тлі проведення психоосвітньої програми в сім'ях пацієнтів основної групи відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби у поєднанні з високим рівнем показників шкали сімейної підтримки.

*Наукова новизна роботи* полягає в тому, що у дослідженні вперше розроблена та науково обґрунтована психоосвітня програма в комплексному лікуванні хворих на шизофренію на основі дослідження їх клініко-психопатологічних особливостей. Представлені науково обґрунтовані дані щодо ефективності застосування психоосвітньої програми для прогнозу подальшого соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію.

Розроблено комплекс психоосвітніх та психотерапевтичних заходів, впровадження яких поряд з фармакотерапією шизофренії, дозволяє оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на шизофренію, спрямовану на досягнення соціальної реінтеграції хворого.

Встановлена висока результативність психоосвіти в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих на шизофренію. Доведено позитивну динаміку рівня соціального функціонування, особливостей ставлення до хвороби та якості життя хворих на шизофренію під впливом психоосвітньої програми. Визначено позитивну динаміку сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби у поєднанні з високим рівнем показників шкали сімейної підтримки хворих на шизофренію.

Вперше розроблена система диференційованих психоосвітніх програм в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

*Практична значущість* результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги та реабілітації хворих на шизофренію.

Практичну значущість мають запропоновані принципи та алгоритм проведення психоосвіти у хворих на шизофренію. Використання запропонованих психоосвітніх заходів дозволило оптимізувати здатність пацієнтів та їх родин підтримувати високий рівень прихильності до лікування.

Розроблена інтегративна модель психоосвітньої роботи, яка складається з трьох етапів (інформаційного, терапевтичного, заключного – закріплення), включає в себе використання інформаційного тренінгу; тренінгів формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, поліпшення комплаєнсу; когнітивно-поведінкової психотерапії та проблемно-орієнтованих дискусій.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на шизофренію, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акти впровадження від 27.12.2017; 15.01.2018; 03.04.2018), КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1» (акти впровадження від 05.02.2018; 15.03.2018; 12.04.2018), КЗОЗ «Харківській міській психоневрологічний диспансер № 3» (акти впровадження від 25.12.2017; 26.01.2018; 18.04.2018), «КЗОЗ Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16» (акти впровадження від 23.02.2018; 12.03.2018; 27.04.2018), КЗОЗ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» (акти впровадження від 18.01.2018; 10.04.2018), Клініки психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону (акти впровадження від 16.01.2018; 05.03.2018; 29.03.2018), КЗСОП «Сумська обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» (акти впровадження від 30.03.2018; 03.04.2018; 27.04.2018), КЗОЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад.

О. І. Ющенко» (акти впровадження від 23.03.2018; 18.04.2018), КЗОЗ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» (акти впровадження від 18.01.2018; 06.03.2018; 17.04.2018), КЗОЗ «Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни» (акти впровадження від 15.01.2018; 19.03.2018; 11.04.2018), КЗОЗ «Луганський обласний наркологічний диспансер» м. Лисичанськ (акти впровадження від 26.12.2017; 06.02.2018; 19.04.2018).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України.

*Ключові слова:* шизофренія, психоосвіта, соціальне функціонування, відношення до хвороби, ресурс сімейної підтримки хворого, якість життя.

## ANNOTATION

Kryshtal V. Y. Psychoeducation in the complex treatment of patients with schizophrenia. - Qualifying scientific work as a manuscript

Thesis for a Candidate Degree in Medical Sciences in specialty 14.01.16 - psychiatry. Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine". - Kharkiv, 2019.

*The purpose of the work* is to study the role of psychoeducation in the structure of complex therapy of patients with schizophrenia and the development of optimal approaches to its use.

The research was conducted on the basis of the Municipal Health Care Institution "Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3"; 159 patients of both sexes with diagnosed schizophrenia of paranoid form and 66 members of their families were examined. The main group (patients of which participated in the psychoeducational program) consisted of 94 people, and the control group included 65 patients who received standard regulated therapy in a hospital.

The fifth-stage psychoeducational program for patients with schizophrenia and their relatives was developed on the basis of the principle of differentiated approach and the principle of partnership between medical staff and patient. The psychoeducational program included comprehensive use of information training, training for forming attachment to therapy and interpersonal interaction, training for improving compliance, cognitive-behavioral psychotherapy, and problem-oriented discussions.

The psychoeducational program developed by us in the complex treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia was differentiated for institutions providing primary, secondary and tertiary medical care.

The high effectiveness of the use of psychoeducation in the system of complex treatment was established - in patients of the main group against the background of the use of antipsychotics in combination with psychoeducational program, there was a qualitative reduction of psychopathological symptoms, normalization of the emotional

state, severe positive dynamics of the level of social functioning, the transition of the maladaptive types of attitude towards the illness into adaptive types, awareness of their role and responsibility for the effectiveness of treatment, the feeling of support of relatives, which determines the high level of perception of quality of life.

On the background of the implementation of the psychoeducational program in the families of patients of the main group, there was a positive dynamics of family functioning - the prevalence of an adequate attitude of relatives towards the illness, coupled with a high level of indicators of the family support scale.

The scientific novelty of the work consists in the fact that in the research the first developed and scientifically grounded psychoeducational program in the complex treatment of patients with schizophrenia based on the study of their clinical and psychopathological peculiarities. The scientifically substantiated data on the effectiveness of the application of the psychoeducational program for the prediction of further social functioning and quality of life of patients with schizophrenia are presented.

The complex of psychoeducational and psychotherapeutic measures, the introduction of which along with the pharmacotherapy of schizophrenia, allows to optimize psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia, aimed at achieving social reintegration of the patient.

The high effectiveness of psychoeducation is established in comparison with traditional comprehensive treatment for reduction of psychopathological symptoms, restoration of social activity and successful resocialization of patients with schizophrenia. Positive dynamics of the level of social functioning, peculiarities of the attitude towards the illness and quality of life of patients with schizophrenia under the influence of the psychoeducational program is proved. The positive dynamics of family functioning is determined - the prevalence of an adequate attitude of relatives towards the illness in combination with a high level of indicators of the scale of family support for patients with schizophrenia.

For the first time, a system of differentiated psychoeducational programs in the complex treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia for institutions providing primary, secondary and tertiary medical care has been developed.

The practical significance of the results of the thesis research is to improve the quality of medical assistance and rehabilitation of patients with schizophrenia.

The proposed principles and algorithm of conducting psychoeducation in patients with schizophrenia are of practical significance. The use of the offered psychoeducational measures allowed to optimize the ability of patients and their families to maintain a high level of adherence to treatment.

The developed integrative model of psychoeducational work, which consists of three stages (informational, therapeutic, final - consolidation), includes the use of informational training; training for the formation of attachment to therapy and interpersonal interaction, improvement of compliance; cognitive-behavioral psychotherapy and problem-oriented discussion.

The obtained results of the thesis research are intended for use in the work of psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, other specialists, whose activities are connected with the provision of treatment and rehabilitation assistance to patients with schizophrenia, as well as in the training of qualified personnel at the pre- and postgraduate education stage.

The results of the study were introduced into the practice of the Municipal Health Care Institution “Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3” (Acts of Implementation from December 27, 2017; January 15, 2018; April 3, 2018), Kyiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1 (Acts of Implementation from February 05, 2018; March 15, 2018; April 12, 2018), Kyiv City Psycho-Neurological Dispensary No. 3 (Acts of Implementation from December 25, 2017; January 26, 2018; April 18, 2018), Kyiv City Psycho-Neurological Dispensary No. 16 (Acts of Introduction from February 23, 2018; March 12, 2018; April 27, 2018), Clinical Hospital “Odessa Regional Medical Center for Mental Health” (Acts on Clinic of Psychiatry and Narcology of the Military Medical Center of the Northern Region (Acts of Implementation from January 16, 2018; March 5, 2018; March 29, 2018), Municipal Institution of the Sumy Regional Council “Sumy Regional Specialized Psychiatric Hospital No. 2” (Acts of Implementation from March 30, 2018; April 3, 2018; April 27, 2018), Municipal Health Care Institution “Vinnytsya Regional Psycho-Neurological Hospital named after acad. O. I. Yushchenko”



(Acts of Implementation from March 23, 2018; April 18, 2018), Zaporizhzhya Regional Clinical Psychiatric Hospital (Acts of Implementation from January 18, 2018; March 6, 2018; April 17, 2018), Clinical Hospital “First Regional Specialized Hospital of the City of Romni” (Acts of Implementation from January 15, 2018; March 19, 2018; April 11, 2018), Municipal Health Care Institution “Luhansk Regional Narcological Dispensary” of the city of Lysychansk (Acts of Implementation from December 26, 2017; February 06, 2018; April 19, 2018).

The obtained scientific results are used in the educational process at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine.

*Key words:* schizophrenia, psychoeducation, social functioning, attitude towards illness, resource of family support of a patient, quality of life.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

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

1. Кришталь В.Е. Психообразовательные программы в системе медико-психологической реабилитации больных шизофренией // *Медична психологія*. 2012. Том 7, № 1(25). С. 34-36.
2. Кришталь В.Е., Кришталь А.А., Сухоиванова Е.И. Комплексная система реабилитации больных шизофренией // **Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica**. 2014. Том 18, № 1(66). С. 32-35. *(автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал)*
3. Кожина А.М., Коростий В.И., Шикова В.В., Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е. Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией // **Український вісник психоневрології**. 2014. Том 22, № 2 (79). С. 83-85. *(автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку)*.
4. Kozhyna H., Markova M., Korovina L., Kryshstal V. New opportunities of medical and psychological rehabilitation of patients with schizophrenia // **Journal of Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences**. 2016. Vol. 6, №11. С. 870-874. *(автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку)*.
5. Korovina L., Kryshstal V. Complex approach to rehabilitation of women with paranoid schizophrenia // *Inter Collegas*. 2016. № 4 (3). С. 197-200. *(автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки)*.
6. Kryshstal V., Kozhyna H., Markova M., Korovina L. The dynamics of social of the level functioning and quality of live patients with schizophrenia as a marker of the effectiveness of psychoeducational programs. // **Journal of Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences**. 2017. Vol. 7, №2. С. 618-624. *(автором*

*особистозапропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали).*

7. Кришталь В.Е. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію // **Український вісник психоневрології**. 2017. Том25, №1 (90). С. 56-58.

### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

8. Кожина А.М., Гайчук Л.М., Кришталь В.Е. Психообразование как неотъемлемая часть психотерапевтических и реабилитационных программ // Научно-практическая конференция с международным участием «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход», г. Курск, 2011: – тезисы докладов. Курск. 2011. С. 162-165. *(автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал)*

9. Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні», м.Харків, 2012.: – тези доповідей. Український вісник психоневрології. 2012. Том 20, № 1 (70), додаток – 2012. С. 44-45. *(автором особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку).*

10. Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca. 2012. Том 16, № 2(59). *(автором особистозапропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку)*

11. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И., Литвиненко В.В., Кольцова Г.Г. Психообразовательные стратегии как неотъемлимая составляющая современной психиатрической помощи // Матеріали IV-го Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова

медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє»: тези доповідей. – Український вісник психоневрології. 2012. Том 20, № 3 (72). С. 186. *(автором особисто подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки).*

12. Сухоіванова Е.И., Кришталь В.Е. Эффективность психообразовательных программ и реабилитации больных шизофренией // Научно-практична конференція з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Том 2 «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)», м. Харків, 2012 р.: – тези доповідей. Харків. 2012. С. 253. *(автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали).*

13. Кожина Г.М., Коростій В.І., Кришталь В.Є., Сухоіванова О.І. Эффективність психоосвітніх програм в комплексній терапії пацієнтів з шизофренією // П'ята науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладах», м. Вінниця, 2013 р.: – тези доповідей. Вінниця. 2013. С. 78-79. *(автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку)*

14. Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Современные подходы к системе реабилитации больных шизофренией // Научно-практическая конференция с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологи в современную медицину», АР Крым, г. Ялта, 2013 г.: – тезисы докладов. Аста Psychiatria, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. Ялта. 2013. Том 17, №2 (63). С. 42-43. *(особистий внесок автора склався з постановки проблеми дослідження, набору даних та інтерпретації результатів дослідження).*

15. Kozhyna G.M., Korostiy V.I., Sukhoivanova O.I., Kryshstal O.O., Kryshstal V.E. The psychoeducation of psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // Departamento de Ciencias Medicas Division de Ciencias de la Salud Campus Leon. XIV Reunion Internacional de Ciencias Medicas, Mexico, Guanajuato, 2014.: – memorias.

Mexico, Guanajuato, 2014. article: 36. *(автором особисторозроблено методологічні основи, проведено інтерпретацію результатів дослідження).*

16. Kozhyna H., Korostiy V., Kryshstal O., Kryshstal V. The psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // Abstracts book. XVI world congress of Psychiatry “Focusing on access, quality and humane care”, Madrid, Spain, 2014.: – Oral & poster communications. Madrid, Spain, 2014. Volume 6, P. 232.*(автором особисто проведена інтерпретація результатів та сформульовані висновки дослідження).*

17. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Психосообразование в системе социально-психологической реабилитации больных шизофренией // Науково-практична конференція «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання)», м. Харків, 2014 р.: – тези доповідей. Харків. 2014. С. 63-64.*(автором запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку).*

18. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е. Эффективность психосообразовательных занятий в системе лечения пациентов с шизофренией // III міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи», м. Київ, 2014 р.: – тези доповідей. Київ. 2014. С. 44-45. *(автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал).*

19. Mykhaylov V., Kozhyna H., Zelenskay K., Korostiy V., Kristal V. Rehabilitation of women suffering with paranoid schizophrenia. // WPAА XVII World congress of psychiatry, Berlin, 2017.: - Abstract title. Berlin. 2017.*(автором запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку)*

### **Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

20. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Кришталь В.Є Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №257-2016. «Метод оптимізації

психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257 - 2016, Київ, 4с. *(автором запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку)*

21. Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №202-2017. «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202 - 2017, Київ, 4с.*(автором особисто визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)*

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
SUMMARY .....	6
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	10
ЗМІСТ. ....	15
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ .....	17
ВСТУП .....	18
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	26
1.1. Сучасний вигляд на проблему шизофренії .....	26
2.1. Сучасні підходи до реабілітації хворих на шизофренію .....	31
3.1. Психосвіта як невід’ємна складова психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію .....	37
Висновки до розділу 1 .....	42
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	43
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих .....	43
2.2. Дизайн дослідження .....	46
2.3. Методи дослідження .....	47
Висновки до розділу 2 .....	56
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ .....	57
Висновки до розділу 3 .....	65
РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЯ ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	67
Висновки до розділу 4 .....	74

РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІД ВПЛИВОМ ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ .....	75
Висновки до розділу 5 .....	84
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ, ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ, ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ТА СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ .....	85
Висновки до розділу 6 .....	96
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	97
ВИСНОВКИ .....	104
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	107
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	108
ДОДАТОК А .....	133
ДОДАТОК Б .....	138



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,  
ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

- ОГ – основна група
- КГ – контрольна група
- КЗОЗ – комунальний заклад охорони здоров'я
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- ПО – психоосвіта
- ЯЖ – якість життя
- PANSS – кваліфікаційна шкала оцінки вираженості  
позитивних, негативних і загальних  
психопатологічних синдромів
- СП – сімейна підтримка

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження** Шизофренія - одне з найбільш поширених психічних розладів, що характеризується поліморфізмом психопатологічних проявів, в основному у сфері мислення, емоцій і волі, а також порушенням єдності психічних процесів і призводить до несприятливих соціальних і економічних наслідків. (Билоус В.С., [1, с. 17-23] Денисенко М.М., [2, с. 36-40]).

Хворі на шизофренію займають до 50% ліжок психіатричних стаціонарів і дають один з найбільш високих відсотків непрацездатності.

Сучасний етап розвитку психіатрії характеризується широким використанням атипичних нейролептиків, які досить швидко купірують продуктивну і негативну психопатологічну симптоматику, компенсують когнітивний дефіцит і мають мінімальні побічні ефекти. Надзвичайно важливим фактором також є можливість швидкого відновлення якості життя та соціального функціонування хворих на шизофренію. (Коровина Л.Д., [3, с. 11-14], Марута Н.А., Билоус В.С., [4, с. 81-85], Carvalho J., Freitasb P.P., Leuschnerb A., Olsons D.H., [5, с. 3-11]).

Сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм допомоги, основу яких складають психосоціальні втручання. Змістовно це означає розвиток та удосконалення форм і методів психосоціальної реабілітації хворих на розлади психіки і поведінки. В загальному сенсі метою психосоціального підходу є забезпечення рівноваги між психічним життям пацієнта та соціальними відносинами, які впливають на його життєдіяльність. Такий підхід віддзеркалює біопсихосоціальну модель психічного захворювання, яка, окрім біологічної терапії, передбачає використання спеціальних методів, спрямованих на збереження та відновлення соціального функціонування пацієнта, нівелювання негативних емоційних проблем в родині, удосконалення навиків адекватної поведінки, і, в кінцевому сенсі, поліпшення якості життя хворих з психічними та поведінковими розладами (Кожина А.М., Сухоиванова Е.И., [6, с.

163-167], Юрьева Л.Н. [7, с. 2-14], Ranning A., Munk Laursen T., Thorup A., Hjørthoj C., Nordentoft M. [8, с. 953-961]).

Реабілітація хворих з психічними та поведінковими розладами не обмежується усуненням психопатологічної симптоматики і повинна бути націлена на створення для них оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності - в сучасних умовах ця проблема набуває особливої важливості. (Никитин Л.Н., Маркова М.Н., [9, с. 212-214], Дрюченко М.О., [10, с. 10-17], Ling Y., Watanabe M., Yoshii H., Akazawa K. [11, с. 258-260]).

З метою швидкої та успішної реінтеграції хворого в суспільство, підвищення його психофізичної активності, розширення контактів з оточуючими необхідне використання комплексного підходу до терапії шизофренії, що включає поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів. (Абрамов В.А., Осокіна О.И., [12, с. 15-22], Carvalho J., Freitasb P.P., Leuschnerb A., Olsons D.H., [13, с. 3-11]).

Актуальність використання психоосвітніх програм у структурі реабілітаційних заходів у хворих на шизофренію обумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, розширення повноважень і більш успішного і ефективного пристосування до вимог реального оточення, що в свою чергу дозволить досягнути скорочення термінів і частоти госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів сім'ї хворих на шизофренію. (Білоус В.С., [14, с. 15-18], Choi S., Lee S.H., Park H.J., [12, с. 259-269]).

Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих» (номер державної реєстрації 01124001823) та

«Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (номер державної реєстрації 0115U000238).

*Об'єкт дослідження* – психосоціальне функціонування та якість життя хворих на шизофренію.

*Предмет дослідження* – вплив психоосвіти на психосоціальне функціонування та якість життя хворих на шизофренію.

**Мета дослідження:** вивчити роль психоосвіти в структурі комплексної терапії хворих на шизофренію і розробити оптимальні підходи її застосування.

Виходячи з мети нами були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості хворих на параноїдну шизофренію

2. Науково обґрунтувати і розробити психоосвітні заходи для хворих на шизофренію і членів їх сімей.

3. Розробити принципи і алгоритм проведення психоосвітньої програми в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію на первинному, вторинному і третинному рівнях медичної допомоги.

4. Вивчити особливості динаміки клінічної картини шизофренії під впливом психоосвітньої програми в комплексному лікуванні.

5. Вивчити динаміку рівня соціального функціонування, особливостей ставлення до хвороби та якості життя хворих на шизофренію під впливом психоосвітньої програми.

6. Вивчити динаміку сімейного функціонування під впливом психоосвітньої програми.

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

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше розроблена та науково обґрунтована психоосвітня програма в комплексному лікуванні хворих на шизофренію на основі дослідження їх клініко-психопатологічних особливостей. Представлені науково обґрунтовані дані щодо ефективності застосування

психоосвітньої програми для прогнозу подальшого соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію.

Розроблено комплекс психоосвітніх та психотерапевтичних заходів, впровадження яких поряд з фармакотерапією шизофренії, дозволяє оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на шизофренію, спрямовану на досягнення соціальної реінтеграції хворого.

Встановлена висока результативність психоосвіти в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих на шизофренію. Доведено позитивну динаміку рівня соціального функціонування, особливостей ставлення до хвороби та якості життя хворих на шизофренію під впливом психоосвітньої програми. Визначено позитивну динаміку сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби у поєднанні з високим рівнем показників шкали сімейної підтримки хворих на шизофренію.

Вперше розроблена система диференційованих психоосвітніх програм в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги та реабілітації хворих на шизофренію.

Практичну значущість мають запропоновані принципи та алгоритм проведення психоосвіти у хворих на шизофренію. Використання запропонованих психоосвітніх заходів дозволило оптимізувати здатність пацієнтів та їх родин підтримувати високий рівень прихильності до лікування.

Розроблена інтегративна модель психоосвітньої роботи, яка складається з трьох етапів (інформаційного, терапевтичного, заключного – закріплення), включає в себе використання інформаційного тренінгу; тренінгів формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, поліпшення комплаєнсу; когнітивно-поведінкової психотерапії та проблемно-орієнтованих дискусій.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на шизофренію, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акти впровадження від 27.12.2017; 15.01.2018; 03.04.2018), КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1» (акти впровадження від 05.02.2018; 15.03.2018; 12.04.2018), КЗОЗ «Харківській міській психоневрологічний диспансер № 3» (акти впровадження від 25.12.2017; 26.01.2018; 18.04.2018), «КЗОЗ Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16» (акти впровадження від 23.02.2018; 12.03.2018; 27.04.2018), КЗОЗ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» (акти впровадження від 18.01.2018; 10.04.2018), Клініки психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону (акти впровадження від 16.01.2018; 05.03.2018; 29.03.2018), КЗСОП «Сумська обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» (акти впровадження від 30.03.2018; 03.04.2018; 27.04.2018), КЗОЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка» (акти впровадження від 23.03.2018; 18.04.2018), КЗОЗ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» (акти впровадження від 18.01.2018; 06.03.2018; 17.04.2018), КЗОЗ «Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни» (акти впровадження від 15.01.2018; 19.03.2018; 11.04.2018), КЗОЗ «Луганський обласний наркологічний диспансер» м. Лисичанськ (акти впровадження від 26.12.2017; 06.02.2018; 19.04.2018).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача:** Автору особисто належить ідея роботи, проведено пошук, вивчення та реферування літературних джерел, визначено мету і задачі дослідження та розроблено його методологію. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, статистично-

математичну обробку, аналіз та опис отриманих результатів дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Автором особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено систему психоосвіти хворих на шизофренію та їх родичів та оцінку її ефективності.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за № 2 у списку праць, опублікованих за темою дисертації автором особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у статті за № 3 – узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку; у статті за № 4 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку; у статті за № 5 – подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки; у статті за № 6 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 8 – сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 9 – особисто узагальнені дані емпіричного дослідження, підготовлено роботу до друку; у роботі за № 10 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку; у роботі за № 11 подано ідею, розроблено методологічні основи, проведено аналіз джерел наукової літератури, підготовлено висновки; у роботі за № 12 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 13 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено матеріал до друку; у роботі за № 14 поставлено проблему дослідження, проведено набір даних та інтерпретації результатів дослідження; у роботі за № 14 розроблено методологічні основи, проведено інтерпретацію результатів дослідження; у роботі за № 16 проведено інтерпретацію результатів та сформульовані висновки дослідження; у роботі за № 17 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у роботі за № 18 сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано

використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 19 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у роботі за № 20 запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали, підготовлено до друку; у роботі за № 21 визначено мету та завдання дослідження, проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми охорони психічного здоров'я населення України» (Київ, 15-16.09.2011); пленумі науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України «Інноваційні технології діагностики, лікування, реабілітації та профілактики нервово-психічних розладів» (Яремче, 5-6.10.2011); міжвузівській конференції молодих вчених «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 12.01.2012); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» (Донецьк, 19-20.04.2012); IV національному Конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє» (Харків, 3-5.10.2012); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (Харків, 23-24.05.2013); V науково-практичній міжрегіональній конференції «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів» (Вінниця, 14.03.2013); науковій конференції молодих вчених ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», присвяченій VII Всеукраїнському фестивалю науки та Дню науки «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології» (Харків, 23.04.2013); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (Харків, 23-24.05.2013); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інтеграція психіатрії, психотерапії та психології у » (Ялта, 6-7.06.2013); міжвузівській конференції молодих вчених «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 13-15.01.2014);



науково-практичній конференції «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення» (Харків, 24-25.04.2014); 7<sup>th</sup> International Scientific «ISIC 7<sup>th</sup>» (Kharkiv, 15-16.05.2014); науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (Одеса, 9-10.10.2014); XV Reunión Internacional de Ciencias Médicas (Leon, Mexico, 22-24.04.2015); 24th European Congress (EPA 2016) (Madrid, Spain, 12-15.03.2016); XVI Reunión Internacional de Ciencias Médicas (Leon, Mexico, 27-29.04.2016); V Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю "Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: Тенденції розвитку та сучасні виклики" (Харків, 16-17.03.2017); 25 European Congress of psychiatry (Italie, Florence, 1-4.04.2017); міжвузівській конференції молодих вчених «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); 26th European Congress of Psychiatry, (France, Nice 3-6.03.2018)

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 21 друкована праця, з них 7 статей у наукових фахових виданнях, визначених МОН України, серед яких 2 у виданнях, що входять у наукометричні бази даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar (з них 1 одноосібна), 2 статті у зарубіжних фахових виданнях, 2 інформаційні листи про нововведення в системі охорони здоров'я та 12 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій державного та міжнародного рівнів.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 158 сторінках машинопису. Робота складається зі анотацій українською та англійською мовами, вступу вступу в введення, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 18 таблицями й 12 малюнками. Бібліографічний список містить 220 джерел, з них 30% (64) – закордонних.

## РОЗДІЛ 1

## СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

## 1.1. Сучасний вигляд на проблему шизофренії

Шизофренія являє собою одну з найбільш актуальних проблем нейронаук: її поширеність складає від 0,3 до 2,0%, а близько 90 % хворих становлять особи у віці від 15 до 55 років. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, складають 0,2 – 0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюються щонайменше втричі більше. (Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Путятин Г.Г., [16, с. 15-29], Білоус В.С., [17, с. 48-50], (Васюков С.А., Аносова Н.И., [18, с. 85-98]).

Під дефініцією «шизофренія» у сучасному науковому розумінні об'єднуються хронічні психічні розлади (ймовірно, група розладів), що характеризуються суттєвими і неадекватними викривленнями мислення і сприйняття, а також неадекватними афектами; при цьому свідомість та інтелектуальні здібності зазвичай зберігаються, хоча з часом може мати місце певне зниження когнітивних можливостей. Гуменюк Л.Н., [19, с. 6-9], Білоус В.С., [20, с. 69-73], Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., [21, с. 51-57]).

Шизофренія займає одне з провідних місць у глобальному тягарі психічних захворювань, визначаючи загальний рівень психічного здоров'я в популяції. (Данилов Д.С., [22, с. 188]), (Зайченко А.А., [23, с. 384-389]).

60-80% у структурі захворюваності на шизофренію ставить параноїдна шизофренія; при цій формі у клінічній картині домінує відносно стійке, часто параноїдне маячення, що зазвичай супроводжується галюцинаціями, переважно слуховими, і розладами сприйняття. Параноїдна шизофренія відрізняється більш пізньою маніфестацією (критичний вік – близько 30 років), стабільним малопрогредієнтним перебігом і поліморфністю клінічних проявів. Залежно від превалювання розладів сприйняття або мислення розрізняють галюцинаторний і маячний варіанти. Для галюцинаторного варіанту типові вербальні ілюзії на тлі

несистематизованих ідей відносин, переслідування або ревнощів, що поступово трансформуються у вербальні галюцинації (частіше загрозливого або імперативного характеру). Для цієї форми шизофренії характерна наявність синдрому Кандинського-Клерамбо (поєднання вербального псевдогалюцинозу, маячних ідей впливу і явищ психічного автоматизму). Стрижневим синдромом при цьому є вербальний псевдогалюциноз, а маячні розлади мають вторинний відносно галюцинацій характер і віддзеркалюють їх зміст. (Гурович И.Я., Шмуклера А.Б., [24, с. 54-64], Данилов Д.С., Тювина Н.А., Морозов В.Д., [25, с. 64-71], Buka S.L., Seidman L.J., Tsuang M.T., Goldstein J.M., [26, с. 653-60], Davidsen K.A., Harder S., MacBeth A., Lundy J.M., Gumley A., [27, с. 1785-1798]).

Останніми роками актуальними є питання патоморфозу шизофренії. Сучасні автори відмічають, що в структурі клініко-психопатологічної картини шизофренії відмічаються наростання афективних розладів при зменшенні виразності афективних депресивних розладів, що визначається зменшенням питомої ваги маячних ідей самозвинувачення та самоприниження. Також відмічається зменшення виразності моторного компонента психічних автоматизмів, зниження частоти нюхових та смакових ілюзій та галюцинацій, що може розглядатися як свідчення переходу до більш доброякісних форм з тенденцією до переважання психопатологічних розладів менш деструктивних та більш поверхневих регістрів. Автори наголошують, що принципові зміни у соціальних орієнтирах на сучасному етапі розвитку суспільства слугують пусковим механізмом розвитку соціального патоморфозу психопатології шизофренії. (Жданова М.П., Коллякова О.М., Зинченко Е.Н., [28, с. 346-354], Зайцева Ю.С., [29, с. 82-89], Иржевская В.П., [30, с. 212], Liu C.H., Keshavan M.S., Tronick E., Seidman L.J., [31, с. 801-816]).

Вивчення клінічної симптоматики шизофренії зручно проводити з точки зору дименціонального підходу. Саме цей підхід домінує в сучасних зарубіжних дослідженнях при описі клініки шизофренії, на противагу традиційному категоріальному підходу. Якщо завдяки категоріальному підходу можна класифікувати синдромальні варіанти шизофренії, яка лягла в основу виділення основних її форм, то дименціональний підхід дозволяє розглядати хворобу з позиції

виділення незалежної розмірності – дименсій. До таких дименсій відносять позитивні, негативні, когнітивні, афективні розлади, симптоми дезорганізації, психомоторні і неспецифічні порушення в картині шизофренії. (Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І., [32 с. 10-15], Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Шлафер М.И., [33, с. 184-194], Кобзова М.П., [34, с. 10], Любов Е.Б., [35, с. 43-51], Natam S., Lea Baranovich D., [36, с. 632-633]).

Вирішальне значення в діагностиці шизофренії належить негативним симптомам. Негативні симптомокомплекси – це обумовлена ендogenous процесом психічна дефіцитарність або «редукція енергетичного потенціалу»: емоційні порушення, до яких відносять втрату емоційної експресивності, збіднення, притуплювання емоцій - апатія, емоційна холодність (черствість) до близьких, бідність мови і жестів, відсутність афективного відгуку, недолік голосової модуляції, нездатність відчувати задоволення; вольові порушення – амбітендентність, імпульсивність, недолік мотивації, зниження активності аж до бездіяльності і безглузлого ходіння по квартирі із задоволенням тільки біологічних потреб, відсутністю догляду за собою, неохайності. Емоційні і вольові порушення об'єднуються в апато-абулічний синдром; порушення потягів) проявляються в ненажерливості пацієнтів з вираженим дефектним станом, поїданні неістівних предметів, порушень сексуальної сфери, аутоотравматизації (нанесенні собі тілесних ушкоджень і спроби суїцидів); аутизм (зменшення соціальної активності, соціальна відчуженість, замкнутість). (Марута Н.А., Билоус В.С., [37, с. 145-146], Осокіна О.І., [38, с. 12-15]).

Іншою важливою ознакою хвороби є розщеплення психічних процесів, інтрапсихічна атаксія або «схізіс» по Е. Блейлеру, що проявляється в дисоціації між різними психічними процесами (аналогія з «грою оркестру без диригента») і усередині психічних процесів (співіснування двох різних по полюсу емоцій - амбівалентність, наявність двоїстості у сфері рухів – амбітендентність, переживання, одночасно, відчуження свого психічного життя з віднесенням до свого «я» чужих думок і почуттів у рамках деперсоналізації, розщеплення психічних актів у свідомості пацієнтів на свої і чужі, з можливістю впливу на свої акти із зовні –

психічні автоматизми, своєрідне поєднання емоційної тупості з ранимістю емоцій і так далі). Схізіс, також, проявляється в нерівномірному порушенні психічних функцій, при якому одні функції грубо порушені (наприклад, мислення), а інші на їх фоні досить збережені (наприклад, інтелект або пам'ять). (Любов Е.Б., [39, с. 66-75], Марута Н.А., [40, с. 21-25], Медведев В.Э., [41, с. 12-17], Healy S.J., Lewin J., Butler S., Vaillancourt K., Seth Smith F.A., [42, с. 113-124]).

До позитивних симптомів при шизофренії відносять галюцинації, ілюзії, маревні ідеї, деперсоналізацію, дереалізацію, психічні автоматизми, кататонію, сенестопатії. Хоча, деякі з продуктивних симптомів характерні в основному для шизофренії, більшість інших позитивних симптомів можуть зустрічатися і при інших захворюваннях, що не дозволяє їх вважати основними для діагностики шизофренії. Найбільш специфічне для шизофренії марення реформаторське (переконавання пацієнта в наділенні його місією реформувати уклад життя (у політиці, освіті, медицині та ін.) з появою планів і малопродуктивних ідей із цього приводу), чужих батьків (двійника або Капгра), стосунки (будь-які не пов'язані з пацієнтом сигнали (погляди або розмови сторонніх людей) і інформація (з преси, телебачення, інтернету) сприймаються як таємні послання, що відносяться до пацієнта, знаки, попередження), особливого значення, психічної дії (розуміння того, що із зовні можна впливати, контролювати і керувати психікою, самопочуттям, роботою внутрішніх органів і рухами пацієнта). (Марута Н.О., [43, с. 83-90], Минутко В.Л., [44, с. 142-143], Павлюченко А.В., [45, с. 22-26], Петрюк П.Т., [46, с. 122-123], Плотнікова О.В., [47, с. 7-10], Попадопулос Т.Ф., [48, с. 69-73], Choi К.Н., Wykes Т., Kurtz М.М., [49, с. 172-178]).

Для шизофренії характерні в основному псевдогалюцинації, частіше за все слухової модальності (так звані «голоси», що виходять з голови або інших частин тіла), за змістом – коментуючі, загрозливі, осуджуючі, імперативні, антагоністичні та ін. Також зустрічаються зорові (частіше псевдо-) галюцинації, нюхові (відчуття неприємного запаху – горілого м'яса, фекалій та ін.), смакові, тактильні, вісцеральні. (Прибытков А.А., [50, с. 27-29], Désaméricq G., Schurhoff F., Meary A., [51, с. 127-134]).

Характерні для шизофренії сенестопатії відрізняються різноманітною, нехарактерною для соматичної патології локалізацією відчуттів, спонтанним характером появи і зникнення, насильницьким забарвленням їх виникнення і залежністю від психічного стану пацієнтів. (Краснова В.Н., Гуровича І.Я., Мосолова С.Н., Шмуклера А.Б., [52, с. 45 - 46], Тиганов А.С., [53, с. 78-83]).

Вважається, що в основі розвитку позитивних симптомів лежить дофамінова мезолімбічна гіперактивність, що реагує на антипсихотичну терапію.

Ще однією дименсією при шизофренії являється дезорганізація мислення і поведінки. Порушення мислення є порушенням логічного компоненту та цілеспрямованості розумової діяльності і може проявлятися у відносно м'якій формі (тангенціальне мислення) до вираженої розірваної, інкогерентності, паралогічності, різноплановості, резонерства, символічності з наявністю неологізмів, відповідей не в площині питання, а також збіднення мислення. Мислення стає об'єктом уваги хворих, втрачає автоматичний характер. При цьому, дезорганізація поведінки у вигляді невідповідного ситуації зовнішнього вигляду, неадекватних ситуації поведінкових реакцій, часто супроводить порушення формального мислення. (Аведисова А.С., Ястребов Д.В., Касимова Л.Н., [54, с. 4-10], Семке А.В., Зинчук М.С., [55, с. 29-33], Hamm J.A., Hasson Ohayon I., Kukla M., Lysaker P.H., [56, с. 45-54]).

Для хворих властиві незграбність, незручність, незвичність рухів, зміна міміки (гіпомімія, амімія, парамімія – гримасування), дивності і дивакувата поведінка, абсурдні звички (колекціонування використаних проїзних квитків і викинутих ковпачків від ручок, тому що «їм погано»; ходіння в саморобному шоломі для «захисту від опромінення»). Також до порушення психомоторної сфери відносять психомоторну загальмованість або збудження, кататонію (люцидну, що протікає найбільш злякано, або онейроїдну, що має сприятливіший перебіг). (Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І., [57, с. 1-24], Сергеева О.Е., [58, с. 31-35], Синайко В.М., Коровина Л.Д., [59, с. 71-76]).

Таким чином психосоціальна реабілітація є однією з важливих і актуальних проблем психіатрії, що має велике соціальне і медичне значення в силу своєї поширеності і тяжкості наслідків.

## 1.2. Сучасні підходи до реабілітації хворих на шизофренію

Реабілітація (лат. *reabilitatio* – відновлення в правах) – система медичних, психологічних і соціальних заходів, покликаних унеможливити подальший розвиток хвороби, втрату працездатності та спрямованих на максимально раннє та ефективно повернення хворих та інвалідів до суспільно корисної праці та активного соціального життя. Лікування хвороби може здійснюватися без спеціальних реабілітаційних заходів, однак реабілітація включає також лікувальні засоби для досягнення поставлених нею цілей. Найважливішим завдання реабілітації є відновлення особистого (у власних очах) і соціального (в очах оточуючих) статусу хворого, виділяють наступні принципи та етапи реабілітації психічно хворих. (Скугаревская М.М., [60, с. 71-79], Шлафер А.М., Бабин С.М., Васильева А.В., [61, с. 9-16], Lysaker P.H., Roe D., [62, с. 117-122]).

Принцип партнерства передбачає постійну апеляцію до особистості хворого, спільні та узгоджені зусилля лікаря і хворого в постановці завдань і виборі способів їх вирішення. Принцип різнобічності впливів вказує на необхідність використання системи різноманітних засобів і заходів – від біологічного лікування до різних видів психотерапії та соціотерапії, причому об'єктом впливів стають сам хворий та його близькі, оточення. Принцип єдності психосоціальних і біологічних методів впливів відображає єдність лікування хвороби, впливу на організм хворого та реабілітації самого хворого. Принцип ступінчастості (перехідності) включає поетапний перехід від одних реабілітаційних заходів до інших. (Скугаревская М.М., [63, с. 40-43], Смирнова Д.А., [64, с. 4-20], Зайцева Ю.С., Саркісян Г.Р., Саркісян В.В., Сторожакова Я.А., [65, с. 5-12], Sarin F., Wallin L., Nord J., [66, с. 145-153]).

В процесі реабілітації умовно виділяються три етапи. Перший етап – відновна терапія – здійснюється в стаціонарах і напівстаціонарах. Поряд з необхідним, а при потребі і інтенсивним біологічним лікуванням використовують комплекс заходів, спрямованих на попередження інвалідизації, розвитку психічного дефекту. Широко використовуються психотерапія, включаючи групову та сімейну, лікування зайнятстю, різні види соціотерапії. Від щадного режиму в гострому періоді хвороби переходять до активуючого (самообслуговування, самодіяльність). Другий етап – реадптація починається у стаціонарних і напівстаціонарних умовах і триває в позалікарняних умовах. Поряд з підтримуючою біологічною терапією застосовують трудову терапію, при потребі навчання нової професії. Мета сімейної психотерапії – адаптація хворого до сім'ї і сім'ї до хворого. Третій етап – реабілітація у власному розумінні слова включає раціональне працевлаштування і облаштування побуту, залучення до активного соціального життя. (Хобзей М.К., Голубчикова М.В., Волошина П.В., Марута Н.О., [67, с. 12-17], Точілов В.А., Кушнір О.Н., [68, с. 37-43]).

Реабілітація хворих на шизофренію включає заходи по збереженню, і при втраті – відновлення, хоча б частково, соціального статусу хворого, включаючи його працездатність, сімейні відносини, активне життя в суспільстві. Реабілітаційний комплекс заходів проводиться на всіх етапах лікування. У нього включається максимально можливе обмеження заходів сорому хворих – наприклад, під час їх перебування в закритому відділенні або у спостережній палаті, а також активне, в міру купірування гострих проявів хвороби, включення до трудотерапії, культтерапії, групової терапії. (Бабин С.М., Васильєва А.В., Шлафер А.М., [69, с. 45-48], Шмаков М.А., Набиуллина Р.Р., Сайфутдинова В.Ф., Малыгина Т.А., [70, с. 45-46]).

Необхідно широко використовувати лікувальні відпустки з можливістю проводити вдома кінець тижня або переводити хворих в денний стаціонар. Госпіталізація повинна бути мінімальною за тривалістю, тому що тривале перебування в психіатричній лікарні призводить до втрати здатності жити самостійно, соціальних навичок, пригнічує бажання трудитися, може порушувати



сімейні зв'язки, тобто до госпіталізму. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е., [71, с. 158-161], Васильев В.В., [72, с. 30-37], Точилев В.А., Кушнір О.Н., [73, с. 16-21], Спіріна І. Д., Широков О. В. [74, с. 86-95], Williams E. [75, с. 68-77], Raquin K., Larouche A., Cellard C. [76, с. 139]).

В даний час з урахуванням цілей і завдань реабілітації здійснюються такі її види:

1) Медична (відновне лікування) – комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я хворого, функціональних можливостей його організму. Проводиться лікарями всіх спеціальностей амбулаторно-клінічних та стаціонарних установ. (Морванюк Г. В., [77, с. 72-76], Венгер О. П., Мисула Ю. І., [78, с. 142-143]).

2) Соціальна або побутова – комплекс заходів, спрямованих на дотримання інтересів хворого, охорону його прав, збереження хворим після хвороби стійкого соціального стану. (Цьона А. Р., [79, с. 124-127], Влох І. Й., Кулик Б. В., Шпильовий Я. В., Цьона А. Р., [80, с. 65-67]).

3) Професійна (виробнича) – підготовка хворого до конкретної трудової діяльності з урахуванням його здібностей і можливостей. Проводиться фахівцями з трудового навчання за активної участі лікаря. (Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Бойко Д. І., [81, с. 102-105], Плевачук О. Ю., [82, с. 2-9]).

4) Психологічна – вивчення біогенних, соціогенних і психогенних елементів особистості хворого, його інтересів і установ, ставлення до хвороби з метою визначення потенційної і фактичної "соціальної ролі" і раціонального використання залишкової працездатності. Вона може проводитися лікарями, психологами. Психологічна реабілітація розглядається як система заходів, спрямованих на оновлення, корекцію психологічних функцій, рис, якостей особистості, створення сприятливих умов для розвитку і самоствердження особистості. Марута Н.А., Ярославцев С.А., [83, с. 46-50], Katsumi A., Hoshino H., Fujimoto S., [с. 170-176], Penadés R., Pérez García H., González Rodríguez A., Catalán R., Bernardo M. [85, с. 80-84]).

Медико-соціальні експертні комісії або реабілітаційні служби проводять психологічну діагностику особистості інваліда, визначають в індивідуальній

програмі реабілітації методи, способи, терміни і процедуру психологічної реабілітації, організують психопрофілактичну і психокорекційну роботу з сім'єю інваліда. У процесі психологічної реабілітації інвалідів навчають прийомам і методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження впливу негативних психічних станів в реальних умовах життєдіяльності, формування позитивних мотивацій, активних соціальних установок на життя та професію. (Гнатишин М.С., Белов О.О., [86, с. 260-261], Gomar J.J., Valls E., Radua J., [87, с. 57-59]).

Велике значення має правильне працевлаштування, яке має бути адекватним стану хворого. Навіть при неповній ремісії та підтримуючій терапії треба прагнути до того, щоб учні продовжували навчання, а працюючі працювали в полегшених умовах (навчання у вечірній школі, вдома, праця на дому, робота в лікувальних майстернях, робота з неповним навантаженням). Трудові обмеження повинні виходити зі сфери діяльності або навчання. (Смашна О.Є., [88, с. 68-71], Pallia A., Kontoangelosab K., Richardsonac C., [89, с. 27-289], Chae Y., Kim J. [90, с. 53-55]).

Сучасні автори виділяють наступні першочергові завдання реабілітації хворих на шизофренію:

✓ психосоціальна реабілітація хворих на шизофренію повинна бути орієнтована саме на реабілітацію, тобто можливість більш повного відновлення рівня соціального функціонування та якості життя хворого, психотерапевтична її частина повинна бути спрямована на формування нового, позитивно-орієнтованого самосприйняття хворого, який переніс психотичну дезінтеграцію мислення, афект здивування і обмани сприйняття; (Вербенко В.А., [92, с. 45-53])

✓ необхідне введення в клінічні протоколи діагностичних стандартів з використанням психодіагностичних методик, що дозволяють доказово фіксувати специфічні шизофренічні порушення мислення, а до стандарту терапії шизофренії - системного принципу терапевтичної компетентності: купірування психозу психофармакологічними методами, соціальна реабілітація хворих психотерапевтичними методами; (Лихолетова О.И., [91, с. 69-74]).

✓ дестигматизація - одна з найважливіших складових ефективної системи психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. При цьому необхідно підвищувати рівень толерантності суспільства стосовно до цих хворих, а в професійному співтоваристві – розуміння того, що по відношенню до змін мислення у цих хворих повинні застосовуватися оціночні категорії «іншого», а не «гіршого»; (Вид В.Д., [93, с. 102-103], Гуткевич Е.В., Семке А.В., Даниленко О.А., [94, с. 41-44]).

✓ повинні бути відпрацьовані реальні моделі та організаційні форми на основі мультидисциплінарного підходу у вигляді лікувально-науково-навчальних центрів. Вирішення цих питань не вирішить всю проблематику щодо шизофренії, однак дозволить істотно впорядкувати і оптимізувати лікування і психосоціальну реабілітацію значного контингенту хворих з розладами психіки та поведінки. (Sismey G., Gillett G., [95, с. 1-16]).

Невідповідність реально наданої допомоги зростаючим потребам суспільства багато в чому стала причиною реформування служби психічного здоров'я в багатьох країнах світу. Проведені перетворення в цій галузі переслідують, своєю метою, оптимізацію мережі психіатричних установ, вдосконалення системи фінансування, законодавчої бази, а також створення дієвих механізмів з управління якості психіатричної допомоги. Вивчення публікацій, присвячених питанням якості психіатричної допомоги населенню, дозволяє зробити висновок про те, що цій важливій проблемі не приділяється достатньої уваги. (Гуткевич Е.В., Семке А.В. [96, с. 12-17], Dyga K., Stupak R. [97, с. 48-58]).

Наявні розробки з питань якості психіатричної допомоги не можуть бути впроваджені в повній мірі, так як вони, як правило, мало адаптовані до місцевих структур психіатричної допомоги, не враховують епідеміологічні та соціодемографічні особливості конкретного регіону, його матеріальні і кадрові можливості. (Дзеружинская Н.А., Ломтева В.А., [98, с. 24-27], Доморацкий В.А., [99, с. 27-29]).

При цьому підвищення ефективності надання спеціалізованої допомоги ведеться за двома напрямками: впровадження сучасних фармакологічних

препаратів з підбором оптимальних засобів лікування та впровадження нових форм немедикаментозно-орієнтованої допомоги пацієнтам. (Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., [100, с. 67-70], Priebe S., Savill M., Wykes T., [101, с. 32-38]).

Встановлено, що стійкість і тривалість ремісії у хворих на шизофренію залежить не тільки від адекватної медикаментозної терапії, але і від форм та методів проведеної соціально-психологічної реабілітації. Надання психотерапевтичної допомоги, залучення до трудового процесу, що сприяє реалізації творчого потенціалу, дозволяє пацієнтам не відчувати себе соціально відчуженими. (Корнетова Е.Г., Семке А.В., [102, с. 272-273], Краснов П., [103, с. 69-70], Martin A.L., Koch S.C., Hirjak D., Fuchs T., [104, с. 483]).

Реабілітаційний процес передбачає комплексний підхід та тривалість у часі. Перший етап реабілітації повинен починатися в стаціонарі, наступні етапи повинні тривати в амбулаторних позалікарняних умовах. (Куликова О.С., [105, с. 109-115]., Ayano G., [106, с. 2-7]).

При важких психічних розладах соціально-психологічні наслідки захворювання зумовлюють появу обмежень рівня соціального функціонування. У клінічному плані психічні розлади супроводжуються зниженням рівня психічної активності, порушеннями мотиваційної сфери і міжособистісної взаємодії, розладами регуляції соціальної поведінки, тобто, в кінцевому підсумку, погіршенням якості життя. Для подолання соціально-психологічних проблем пацієнтів в індивідуальних реабілітаційних програмах використовуються різні психокорекційні методики, але вони не завжди є ефективними. Сучасні дослідження спрямовані на вивчення різних аспектів даної проблеми. (Куликова О.С., [107, с. 158-161], Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Путятин Г.Г., [108, с. 5-17], Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., [109, с. 22-26]).

У літературі відзначені розробки індивідуальних програм реабілітації та адаптації пацієнтів. На думку авторів, це дозволило мінімізувати або компенсувати негативний вплив різних чинників, оновити здатність пацієнтів виконувати соціальні ролі в суспільстві і підвищити їх рівень життя. (Папсуев О.О., Мовина

Л.Г., Миняйчева М.В., [110, с. 33-36], Barch D.M., Barch D.M., Sheffield J.M., [111, с. 224-232]).

Лікувально - реабілітаційний процес включає: основи біопсихосоціального підходу під час надання допомоги хворим і принцип мультидисциплінарних бригад; різнобічний вплив в реабілітаційній програмі, а саме – облік психологічної, сімейної, професійної, суспільної складової життя; партнерство медперсоналу і пацієнта в реабілітаційному процесі, тобто всі лікувально-відновлювальні заходи спрямовані на особистість, опосередковуються нею і будуються на довірчих відносинах між пацієнтом і медперсоналом; поетапність впливів і методів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми впливу, як правило, більш простого, до іншого, більш складного, від одного виду лікувально-відновного режиму до іншого. (Марута Н.О., Юрьєва Л.Н., Панько Т.В., [112, с. 12], Ranieri R., Marcatili M., Castelnovo A., Scarone S., [113, с. 1097]).

Проведений аналіз літературних даних підтверджує необхідність проведення досліджень спрямованих на оптимізацію підходів до реабілітації хворих на шизофренію в сучасних умовах.

### 1.3. Психосвіта як невід'ємна складова психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію

Одним з найважливіших напрямків психосоціального лікування хворих з різними психічними захворюваннями є психосвітня робота з їх сім'ями і найближчими родичами. Для вітчизняної психіатричної практики психосвітня робота з психічно хворими (наприклад, страждаючими на шизофренію) та їх родичами є абсолютно новим видом лікування та реабілітації. Тим часом, в зарубіжній літературі психосвіту представлено як один з важливих підходів до навчання і психосоціального лікування та вважається чи не найбільш значимою частиною всіх реабілітаційних заходів. (Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І., [114, с. 25-31], Широков О. В., [115, с. 97-100]).

Психоосвітня робота з хворими на шизофренію та їх родичами є невід'ємним компонентом сучасної комплексної психіатричної допомоги, однією з найбільш часто використовуваних методик психосоціального втручання. Психоосвіта - здійснюваний поетапно процес навчання споживачів психіатричної допомоги та членів їх сімей в області психічних захворювань та надання психіатричної допомоги, що забезпечує їх необхідними знаннями та впливає на установки і поведінку по відношенню до власного здоров'я. (Букановская Т.И., Алборова Р.Н., Бабаянц А.Г., [116, с. 28-33], Буздиган О.Г., [117, с. 47-53], McGorry P., Johanessen J.O., Lewis S., Birchwood M., [118, с. 399-404]).

Психоосвіта в широкому сенсі визначається як навчання психічно хворих та їхніх родичів всьому, що може бути корисним з точки зору терапії і реабілітації. Метою психоосвіти є залучення пацієнта в процес активних змін власної поведінки. Ця мета конкретизується у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплаєнсу або досягнення максимально можливих мрій незалежності пацієнта від психіатричних служб. (Буздиган О. Г., [119, с. 33-40], Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н., [120, с. 30-36], Schmidt S.J., Schultze-Lutter F., Schimmelmann B.G., [121, с. 388-404]).

По суті, психоосвіта може розглядатися з позиції фундаментального права хворого на отримання точної та повної інформації про його захворюванні. На противагу класичній когнітивній терапії, метою якої є поліпшення певної пізнавальної функції (наприклад, уваги), психоосвіта як фактор, що відображає поліпшення стану хворого на шизофренію, розглядає клінічно релевантні параметри, до яких відносять кількість рецидивів, тривалість госпіталізацій, число звернень за допомогою в систему охорони здоров'я, комплаєнс, вираженість позитивних і негативних симптомів, здатність до їх контролю, розвиток соціальних навичок. (Гнатишин М. С., Буздиган О. Г., [122, с. 84-88], Былим И.А., Ширкин Ю.М., [123, с. 78-83], Faroog S., [124, с. 168-169]).

Психоосвітні програми ставлять перед собою два основні завдання, які тісно пов'язані між собою:

1) Це власне «освіту», коли пацієнт отримує інформацію про психічне захворювання, щоб правильне розуміння свого стану вело якщо не до управління своїми захворюваннями, його ходом і течією, то хоча б до своєчасного розпізнавання і контролю окремих хворобливих проявів і симптомів. (Гончаров В.Е., [125, с. 11-14], Денисенко М.М., [126, с. 104-110], Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І., [127, с. 22-26], Fett A.K., Maat A., [128, с. 77-85]).

2) Друге завдання, що по значущості не поступається першій, це забезпечення «психосоціальної підтримки», коли група хворих є постійним джерелом підтримки і одночасно терапевтичним середовищем, в якому пацієнти можуть в безпечних умовах виробляти адекватні навички поведінки, спілкування, співволодіння зі складними ситуаціями. Крім того, за допомогою участі в групі задовольняються потреби в спілкуванні. (Кожина Г.М., Маркова М.В., Горшкова К.А., [129, с. 198], Козлов Я.С., Антохин Е.Ю., [130, с. 53-57], Girgis R.R., Kumar S.S., Brown A.S. [131, с. 292-299]).

Таким чином, психоосвітня робота являє собою пацієнт-центрований напрямок лікувально-реабілітаційної тактики, яка полягає в задоволенні інформаційних потреб хворого. Вона сприяє стимуляції активної позиції в подоланні залишкових психопатологічних симптомів, формування відповідальності пацієнта за свою соціальну поведінку, вироблення адекватної стратегії подолання захворювання, відновленню соціальних контактів та підвищення соціальної компетентності. (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., [132, с. 55-59], Мадорский В.В., [133, с. 27-35], Мальцева Е.А., Злоказова М.В., [134, с. 27-28], Green M.F., Horan W.P., [135, с. 243-248]).

Психоосвітній підхід відноситься до так званого освітнього типу, при якому заняття будуються за принципом тематичного семінару з елементами соціально-поведінкового тренінгу. Учасникам надається інформація з конкретних питань (наприклад, освіта в області перебігу хвороби або медикаментозної терапії). (Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю., [136, с. 68-72], Папсуев О.О., Мовина

Л.Г., Миняйчева М.В., [137, с. 5-13], Guler E., Leyhe T. [138, с. 666-669], Howes O.D., Kambeitz J., Kim E., [139, с. 776-786]).

Показання: - включається в комплекс лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на шизофренію та інші психічні розлади на різних етапах захворювання. (Марута Н.А., [140, с. 42-43], Самохвалов В.П., Чабан О.С., [141, с. 139-148], Carrion R.E., Goldberg T.E., McLaughlin D. [142, с. 806-813]).

Протипоказанн підрозділяють на дві групи:

1. Психіатричні: Не рекомендується включати в групу хворих на висоті гострих психічних розладів; з грубим зниженням інтелекту; вираженою тривожністю; расторможенністю; нездатністю контролювати поведінку.

2. Психологічні: недоброзичливе ставлення до інших учасників групи; категорична відмова від подібного виду лікування. (Пшук Є.Я., [143, с. 69-73], Ряполова Т.Л., [144, с. 14-15], Хритинин Д.Ф., Петров Д.С. [145, с. 70-76], Khanfir A., Zalila H., Nechmi S., Arfaoui S., Zouari O., [146, с. 1257])

В ході навчання, як пацієнти, так і їх родичі, вчать розпізнавати хворобливі переживання в самому початку їх виникнення, проводити межу між болючими і здоровими проявами психіки, починають дотримуватися термінів відвідування і звертатися за медичною допомогою при появі перших ознак хвороби. (Цапенко А.И., Шанаева Д.М., [147, с. 22-28], Цыганков Б.Д., Ханнанова А.Н., Некрасова С.В., [148, с. 11-15], Баскіна В. В., [149, с. 669-679], Jauhar S., McKenna P.J., Radua J., [150, с. 20-29]).

Групова робота дає можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають пацієнту краще розуміти характер і особливості психічного захворювання і то, як воно впливає на хворого і членів його сім'ї. Також психоосвітній цикл сприяє розпізнаванню стресових факторів, здатних погіршити хворобу та допомагає сформувати стратегії співволодіння з ними. (Баскіна В. В., [151, с. 12-16], Безсмертний О. В. [152, с. 10-22], (Kahn R.S., Keefe R.S., [153, с. 1107-1112], Kane



J.M., Kishimoto T., Correll C., [154, с. 216-226], Katsigiannopoulos K., Georgiadou E., Pazarlis P. [155, с. 449-450]).

Актуальність використання психоосвітніх занять в структурі реабілітаційних заходів у хворих на шизофренію обумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, розширення повноважень і більш успішного іта ефективного пристосування до вимог реального оточення. (Морванюк Г. В., [156, с. 36-37], Шкробот В. В., Шкробот С. І., Венгер О. П., Несторович Я. М., Мисула Ю. І., Смашна О. Є., Янковська О. М., Корнієнко Г. Ф., [157, с. 72-75], Kelleher I., Corcoran P., Keeley H., [158, с. 940-948]).

У літературі є вказівки на перевагу раннього включення цього виду - втручання в комплекс лікувально-реабілітаційних заходів вже на етапі становлення терапевтичної ремісії, в тому числі і в разі його рецидивування. (Венгер О. П., Мисула Ю. І., [159, с. 12], Корж А. В. [160, с. 60-65] [161, Keshavan M.S. с. 91-92])

Метою психоосвітніх програм також є підвищення рівня «психічної культури» населення. На жаль, в даний час у суспільстві є дефіцит інформації про психічне здоров'я і нездоров'я, що погіршує і робить хронічним перебіг багатьох психічних розладів. Буває часто так, що пацієнтові варто було б звернутися за допомогою рік тому, але він чекав, не знав, куди звернутися, або боявся куди-небудь звертатися, очікував «самовільного лікування», яке, звичайно ж, не сталося, і стан погіршився, лікувати його тепер набагато важче. (Корж А. В., [162, с. 73-78], Аймедов К. В., Стаханов К. О., [163, с. 41-47], Стаханов К. О., [164, с. 66-70], Дрюченко М. О., [165, с. 68-72], Keshavan M.S., Kaneko Y., [166, с. 4-15], Fusar-Poli P., Yung A.R., McGorry P., [167, с. 17-24]).

Таким чином як показав аналіз літературних даних в сучасних умовах актуальними являються дослідження спрямовані на розробку психоосвітніх програм оптимальних підходів їх застосування в комплексній реабілітації хворих на шизофренію.

## Висновки до розділу 1

З метою швидкої та успішної реінтеграції хворого в суспільство, підвищення його психофізичної активності, розширення контактів з оточуючими необхідне використання комплексного підходу до терапії шизофренії, що включає поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів.

Актуальність використання психоосвітніх програм у структурі реабілітаційних заходів у хворих на шизофренію обумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, розширення повноважень і більш успішного і ефективного пристосування до вимог реального оточення, що в свою чергу дозволить досягнути скорочення термінів і частоти госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів сім'ї хворих на шизофренію.

Проведений аналіз літературних даних свідчить про актуальність, медичної та соціальної значущості проведення досліджень спрямованих на вирішення поставленої мети дисертаційного дослідження розробки психоосвітніх заходів в комплексному лікуванні хворих на шизофренію на основі вивчення їх клініко-психопатологічних особливостей, закономірностей психосоціального функціонування та якості життя.

## РОЗДІЛ 2

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було проведено комплексне обстеження 159 хворих, обох статей, з встановленим діагнозом шизофренія параноїдна форма (F20) та 66 членів їх родин. Тривалість захворювання на параноїдну шизофренію у обстежених хворих складала  $5,0 \pm 3,4$  років.

Переважна кількість обстежених мешкали у місті ( $79,8 \pm 2,1\%$ ) у задовільних матеріально-побутових умовах ( $52,7 \pm 1,6\%$ ); проживали у родині ( $79,9 \pm 2,2\%$ ), мали вищу (незакінчену вищу) освіту ( $56,2 \pm 1,7\%$ ), працювали у сфері розумової ( $41,6 \pm 1,3\%$ ) або фізичної ( $34,6 \pm 1,1\%$ ) праці.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 94 особи, обох статей (53 жінки, 41 чоловік), у віці  $35,9 \pm 4,8$  років. В контрольну групу увійшли 65 хворих, обох статей (37 жінок, 28 чоловіків), у віці  $35,7 \pm 3,9$  років, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. (рисунок 2.1).

Усі обстежені хворі отримували фармакотерапію та психотерапію в залежності від ведучого психопатологічного синдрому, хворим основної групи у комплекс лікувальних заходів була включена спеціально розроблена психоосвітня програма.

Фармакотерапія включала застосування при галюцинаторно-параноїдному синдромі – рисперидону, при депресивно-параноїдному синдромі кветіапіну та при апато-абулічному синдромі – аріпіпразолу. (Шкода К. В., [168, с. 59-64], Волошин П.В., Марута Н.О. [169, с. 15-12], Маї М. [170, с. 242-253].

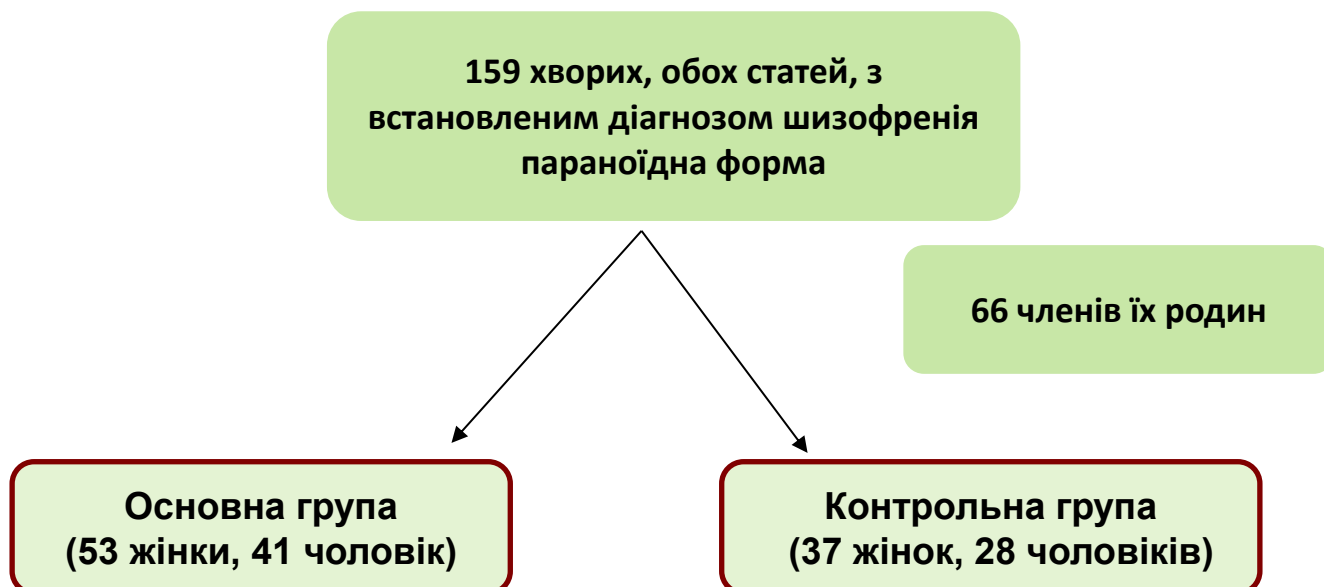


Рис. 2.1. Контенгент обстежених

Психотерапевтичний комплекс включав використання індивідуальної та групової когнітивно-поведінкової терапії (Beck A. T., 2006), сімейної терапії (Ейдмиллер Э. Г., 2003) раціональної психотерапії П. Дюбуа (1912). (Шкода К. В. [171, с. 30-35], Хмельницькая Е.А., [172, с. 18-24], Діхтяр В. О. [173, с. 49-53], Morrison A.P., Turkington D., Pyle M., [174, с. 1395-1403], Murthy N.V., Mahnacke H., Wexler B.E., [175, с. 87-91], Fleischhacker W.W., Sanchez R., Jin N. [176, с. 474]).

Після фармакологічної стабілізації психічного стану (зниження рівня вираженості психопатологічної симптоматики), за умови відсутності гострої психотичної симптоматики з хворими основної групи проводилася психоосвіта.

Більшість обстежених хворих мешкали у великому місті -  $67,2 \pm 1,8\%$ ,  $23,7 \pm 1,1\%$  обстежених мешкали у маленькому місті;  $9,1 \pm 0,8\%$  - в сільській місцевості. Матеріально – побутові умови проживання обстежені оцінювали як добрі -  $20,1 \pm 1,1\%$ , як задовільні –  $67,1 \pm 1,8\%$ , як незадовільні –  $12,8 \pm 0,9\%$  (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Розподіл обстежених хворих за містом та умовами проживання (%)**

Умови проживання	%
У великому місті	67,2±1,8
У маленькому місті	23,7±1,1
У сільській місцевості	9,1±0,8
Добрі матеріально – побутові умови	20,1±1,1
Задовільні матеріально – побутові умови	67,1±1,8
Незадовідьні матеріально – побутові умови	12,8±0,9

Дослідження сімейного статусу обстежених хворих показало, що у шлюбі перебували 28,2 % обстежених основної та 29,4 % контрольної груп; були розлучені – 30,2 % та 29,8 % відповідно; ніколи не перебували у шлюбі 41,6 % обстежених основної та 40,8 % контрольної груп.

Лише четверта частина (25,8 %) обстежених мали дітей, з цього числа в повноцінній сім'ї, де є і мати і батько, виховувалося тільки 37,3 % дітей.

Як показали результати обстеження 44,2±1,2 % обстежених чоловіків та 45,7±1,3 % жінок мали вищу освіту; 27,5±0,9 % та 31,1±1,1% жінок - середню спеціальну освіту; 20,1±1,1 % обстежених чоловіків та 17,1±0,9% жінок - загальну середню освіту; 8,2 ± 0,5 % та 6,1± 0,4 % обстежених відповідно були студентами (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Розподіл обстежених за рівнем отриманої освіти (%)**

Рівень отриманої освіти	Чоловіки	Жінки
Вища	44,2±1,2	45,7±1,3
Середня спеціальна	27,5±0,9	31,1±1,1
Загальна середня	20,1±1,1	17,1±0,9
Студенти	8,2±0,5	6,1±0,4

Стосовно аналізу професійної діяльності обстежених хворих – у сфері інтелектуальної праці були задіяні  $51,5 \pm 1,4$  % чоловіків та  $55,2 \pm 1,4$  % жінок; у сфері обслуговування працювали,  $29,7 \pm 1,2$  % та  $28,3 \pm 1,2$  % обстежених відповідно; фізичною працею були зайняті  $6,4 \pm 0,8$  % чоловіків та  $3,7 \pm 0,6$  % жінок; не працювали - (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Розподіл обстежених за професійною занятістю (%)**

	Чоловікі	Жінки
Інтелектуальна праця	$51,5 \pm 1,4$	$55,2 \pm 1,4$
Сфера обслуговування	$29,7 \pm 1,2$	$28,3 \pm 1,2$
Зайняті фізичною працею	$6,4 \pm 0,8$	$3,7 \pm 0,6$
Не працюють	$12,4 \pm 0,9$	$12,8 \pm 0,9$

Маніфестація захворювання, у  $59,2 \pm 1,7$ % досліджуваних хворих відбулася у  $19,5 \pm 3,5$  років, у 39.2% -  $30 \pm 4,5$  роки. При цьому первинне звернення за психіатричною допомогою більш ніж в половині випадків відбувалося лише через кілька років (в деяких випадках більше 5 - 7 років) після появи першої психопатологічної симптоматики. При аналізі отриманих даних настільки низька звернення по первинній психіатричною допомогою була обумовлена, як свідчить аналіз результатів клініко-анамнестичного дослідження, недостатньою поінформованістю родичів про психічні захворювання і їх проявах, стигматизацією психіатричної допомоги в цілому, а також наявними у батьків хворих особистісними особливостями і психопатологічними розладами.

## 2.2. Дизайн дослідження

Дослідження було проведено у два етапи (рис.2.2).

Перший етап (комплексної діагностики) включав комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 159 хворих, обох статей, з встановленим діагнозом шизофренія параноїдна форма

(F20), які знаходилися на лікуванні у КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» та 66 членів їх родин. На I етапі проводилися аналіз та узагальнення даних обстеження, відбір ключових мішеней психоосвіти для наступного етапу.

Другий етап (психоосвітнє втручання) включав розробку, апробацію та оцінку ефективності психоосвітніх програм в комплексному лікуванні.

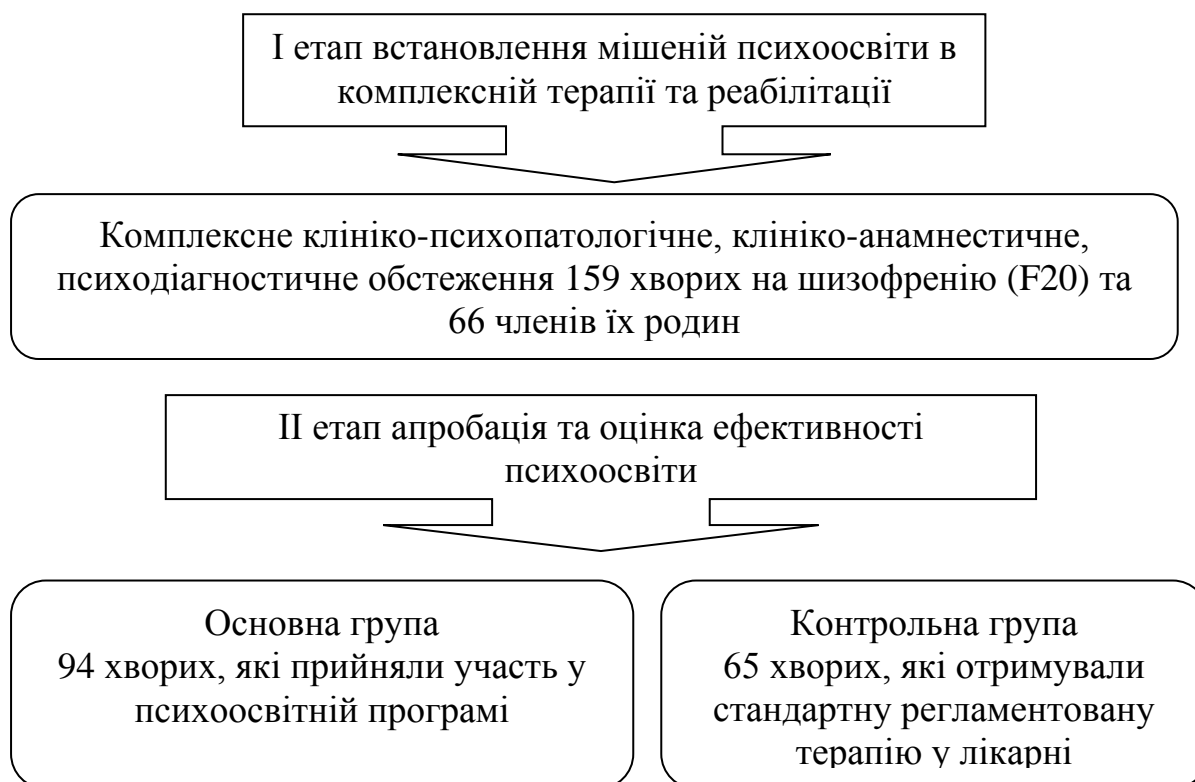


Рис. 2.2. Етапи дослідження

### 2.3. Методи дослідження

Клініко-анамнестичний метод дослідження включав структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних та соціально-психологічних факторів на розвиток психічного захворювання. Здійснювалося вивчення умов життя і праці, виявлення факторів, що роблять негативний вплив на стан психічного здоров'я.

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження.

Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10 та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

Шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) розроблена S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein (1987) і призначена для типологічної багатовимірної оцінки психопатологічної симптоматики, пов'язаної з шизофренією. Шкала дозволяє одержати чітко визначену (на основі операціональних критеріїв для кожної рівновіддаленої градації виразності ознаки), стандартизовану, чутливу, стабільну при повторному і тривалому застосуванні, надійну та валідну психометричну оцінку позитивних та негативних розладів психіки, яка відповідає сучасним методологічним вимогам. При цьому використання шкали не вимагає тривалого часу для обстеження і обробки результатів. Шкала PANSS складається з 33 ознак, які оцінюються за 7 градаціями виразності: мінімальне значення 1 бал (симптом відсутній), максимальне значення – 7 балів (максимальна виразність симптому). Для кожного симптому і градацій його виразності запропоновано операціональне визначення і точна інструкція з оцінки. Загальна кількісна оцінка може складати від 30 балів до 210 балів. Шкала складається з 33 ознак, оцінюваних по 7 градаціям виразності і дозволяє визначити наступні показники:

1. Виразність продуктивної симптоматики – сума балів за шкалою позитивних синдромів (7 факторів).
2. Виразність негативної симптоматики – сума балів за шкалою негативних синдромів (7 факторів).
3. Композитний індекс – різниця суми балів за шкалами позитивної та негативної симптоматики.
4. Виразність інших психічних порушень – сума балів за загальною психопатологічною шкалою (16 ознак).
5. Ризик можливої агресії – 3 додаткових ознаки разом з анамнестичними даними.



Шкала дозволяє проводити стандартизовану оцінку різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, визначати клінічний профіль хворого і простежувати динаміку стану в процесі терапії. Шкала містить чіткі інструкції щодо її заповнення, дає операціональні критерії для кожної рівновіддаленою градації вираженості ознаки і детально описує процедуру інтерв'ю, що значно підвищує надійність і валідність оцінок. (Хмельницькая Е.А., [177, с. 107-113], Gerlinger G., Hauser M., De Hert M., [178, с. 155-164], Pinkham A.E. [179, с. 14-19]).

Психодіагностичний метод який включав вивчення соціального функціонування хворих за допомогою шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім'ї та дома, спілкування та ізоляція), виконання ндивідуальних соціальних ролей (участь в сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статева роль, роль батька, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та інформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом) та рівень дисфункції модифікуючих чинників (WHO, 1988).

Шкала орієнтована на професіоналів у сфері охорони здоров'я, лікарів, інших фахівців в області охорони здоров'я (фахівців з реабілітації, працетерапевтів, спеціалістів з організації охорони здоров'я, соціологів та інших фахівців, які беруть участь в дослідженнях з проблем інвалідності та здоров'я), однак, пріоритетними фахівцями, на яких шкала орієнтована у першу чергу, є психіатри та клінічні психологи. Шкала містить окремі модулі, призначені для оцінки різних сфер життєдіяльності індивіда:

Розділ 1 – «Загальна поведінкова дисфункція», включав оцінку наступних параметрів.

1. Самообслуговування. Розглядалась як активна функція пацієнта щодо догляду за собою відповідно соціальним нормам і правилам поведінки. По

відхиленнях від загальноприйнятих норм особистої гігієни та фізичного стану робився висновок про загальний соціальний стан пацієнта.

2. Інтереси і зайнятість. Оцінювався інтерес до щоденних дій, захоплення: читанням книг, переглядом телепередач, наявністю хобі, участю у спортивних змаганнях, іншими формами громадського життя. Визначені інтереси оцінювалися по їхній змістовності, спонтанності, захопленості, доречності (правильності).

3. Діяльність в родині та у побуті. Розглядалася як здатність з необхідною швидкістю виконувати завдання і реагувати на соціальні (суспільні) стимули (оцінка повільності як чинника, що перешкоджає повноцінній самостійній діяльності чи негативно віддзеркалюється на соціальному (сімейному) оточенні).

4. Спілкування та ізоляція. Вивчалася сфера соціальних контактів, комунікативних навичок, ступінь готовності до спілкування, наявність реальних контактів і спілкування, ступінь самотності на момент обстеження.

Розділ 2 – «Виконання соціальних ролей», включав дослідження:

1. Учасі в домашніх справах: ступінь участі пацієнта в прийнятті спільних сімейних рішень, відвідування родичів, спільне приготування їжі, прибирання квартири тощо.

2. Сімейної ролі: емоційних взаємовідносин, спілкування, взаєморозуміння, підтримки тощо.

3. Шлюбної ролі (статева роль у шлюбі): ступеня втрати зацікавленості й ініціативи у статевому житті (оцінювалися пацієнти, які перебувають у шлюбі).

4. Статевої ролі поза шлюбом: ступінь утрати зацікавленості й ініціативи в статевому житті пацієнтів, які не перебувають у шлюбі.

5. Батьківської ролі: зацікавленості стосовно дитини, турботи, догляду за дитиною, спільне проведення часу, знання інтересів і проблем дитини (оцінювалися пацієнти, які мають дітей).

6. Соціальних контактів: труднощів у спілкуванні та конфліктність у відносинах із сусідами, друзями, колегами.

7. Професійної ролі 1: здатності упоратися з професійними обов'язками, своєчасно виконувати обсяг роботи, дотримуватися правил поведінки (проводилася оцінка у працюючих пацієнтів та тих, що навчаються).

8. Професійної ролі 2: зацікавленості і реальних дій пацієнта для одержання чи відновлення роботи або навчання (у непрацюючих).

9. Зацікавленості і поінформованості: орієнтація у подіях, що відбуваються в суспільному житті.

10. Поведінки в нестандартних і складних ситуаціях: реакція пацієнта на хворобу родича, домашні труднощі, інші ситуації, що вимагають активних дій.

Розділ 3 – «Внутрішньолікарняне функціонування» включав оцінку таких характеристик: 1. поведінка пацієнта в палаті; 2. думка медсестер та родичів; 3. заняття пацієнта; 4. контакт з зовнішнім світом.

Розділ 4 – «Модифікуючі чинники» включав аналіз: 1) особливих позитивних якостей; 2) особливих завад; 3) домашньої атмосфери; 4) підтримки ззовні; 5) загальної оцінки.

Відповідно до рекомендацій авторів-розробників шкали, у разі потреби інформація про пацієнта підтверджувалася близькими чи родичами, іншими значимими для пацієнта особами. Ступінь виразності дисфункції визначався відповідно до інструкції з урахуванням кількісної оцінки (адаптованої) в балах: немає дисфункції – 0 балів; мінімальна дисфункція – 1 бал; очевидна дисфункція – 2 бали; серйозна дисфункція – 3 бали; дуже серйозна дисфункція – 4 бали; максимальна дисфункція – 5 балів. Оцінка 8 балів встановлювалась, коли інформація не доступна, оцінка 9 – встановлювалась у випадках, коли питання не можливо застосувати (наприклад, якщо у пацієнта немає дітей).

Загальний середній бал УД, відбивав рівень загальної поведінкової дисфункції чи дисфункції виконання соціальних ролей та визначався за формулою (2.1):

$$Z = \frac{\sum b}{N}, \quad (2.1)$$

де  $Z$  – загальний УД (середній бал дисфункції);

$\sum b$  – сумарний бал дисфункції;

При підрахунку загального УД (середнього бала) оцінка 8 та 9 не підсумовувалася. (Діхтяр В. О., [180, с. 64-70], Демченко В.А., [181, с. 62-69], Zouari O., Zalila H., Arfaoui S., Khanfir A., Hechmi S., [182, с. 1333], Tamminga C.A., Ivleva E.I., Keshavan M.S., [183, с. 1263-1274]).

Шкала структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до захворювання (психіатричного діагнозу) у родича (В.А. Абрамов и соавт., 2009). Шкала дозволяє визначити тип ставлення членів сім'ї до психічного захворювання у родича: адекватний, драматизуючий або негативний (деструктивний).

Адекватне ставлення характеризується повним розумінням складності захворювання, концептуалізацією хвороби, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, реальними очікуваннями від лікування. Сім'я намагається прийняти факт захворювання, і пов'язані з ним проблеми.

Драматизуюче ставлення характеризується переоцінкою членами сім'ї важкості хвороби і супроводжується неспокоєм, розгубленістю, почуттям провини та недовірою до лікарів, очікуванням негативних наслідків захворювання, низькою готовністю допомагати хворому дотримуватися терапевтичного режиму.

Негативне (деструктивне) ставлення характеризується нерозумінням або ігноруванням хвороби, ставленням до неї як до перешкоди розвитку сім'ї і якості життя; самоусуненням від активної участі у долі пацієнта, безконтрольністю і невірою в позитивну терапевтичну перспективу.

Шкала складається з 18 тверджень, обстежуваному пропонується визначити своє ставлення до кожного з тверджень за шкалою: 0 – «ні», 1 – «не знаю», 2 – «так». Тип ставлення визначався за максимальною кількістю балів. (Мишиев В.Д., [184, с. 67-69], Синайко В.М., Коровина Л.Д., [185, с. 71-76], Tarrier N., Kelly J., Maqsood S., [186, с. 204-210], Arfaoui S., Zalila H., Zouari O., [187, с. 1205]).

Шкала «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (В. А. Абрамов зі співав., 2009) Шкала містить 20 тверджень, що охоплюють готовність членів сім'ї надати допомогу і підтримку хворому на психічний розлад родичу. При висловленні своєї думки («так», «важко відповісти», «ні») респондент (член сім'ї) попередньо інформується про реальні особливості захворювання у його родича,

його динаміку, клінічний і соціальний прогноз, особливості терапевтичної тактики, необхідності підтримуючого лікування, соціальної та емоційної підтримки в сім'ї. Сімейна підтримка передбачає надання пацієнту допомоги в різних сферах його життєдіяльності (самообслуговування, спілкування, соціальні контакти, використання соціальних ролей і навичок). Відповідь «так» оцінювалася у 2 бали, «важко відповісти» - у 1 бал, «ні» - у 0 балів.

Ресурс сімейної підтримки оцінювався наступним чином: 1-13 балів – достатній (позитивне ставлення членів сім'ї до необхідності і можливості емоційної і соціальної підтримки пацієнта, готовність до співпраці і конструктивного вирішення нових завдань у повсякденному житті, визнання кордонів своїх можливостей без ілюзій і невиправданих очікувань); 14-27 балів – обмежений (зниження зацікавленості, мотивацій та реальних можливостей для надання в сім'ї повноцінної підтримки хворому); 28-40 балів – низький (дисбаланс між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї і необхідністю піклуватися і підтримувати хворого родича).

При якісній оцінці ресурсів сімейної підтримки пацієнта враховувалися два типи характеристик і механізмів: ригідні (гіперпротективність, симбіоз-емоційна дистанція і соціальна дистанція); та реактивно-динамічні (характер очікувань, емоційна експресія, сімейне навантаження). (Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О., Зінченко О.М., Петриченко О.О., Дьяченко Л.І., [188, с. 13-19], Маркова М.В., Косенко К.А. [189, с. 86-95], Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линев А.Н. [190, с. 34-37], Буздиган О. Г. [191, с. 47-53]).

Досліджування типу відношення до хвороби за допомогою опитувальника «Тип відношення до хвороби» (В.Д. Менделевич, 2005), це клінічна методика, орієнтована на діагностику типу відношення до наявного захворювання. Особливістю є структура методики, що складається зі списків тверджень на певну тематику, з яких опитувані обирають 1 або 2 відповіді, що найбільш точно описують їх стан чи реакції. Авторами були виділені 3 змістовні блоки: умовно-адаптивний, інтрапсихічно-дезадаптивний, інтерпсихічно-дезадаптивний, та такі типи реагування на захворювання як сенситивний, тривожний, іпохондричний,

меланхолійний, апатичний, неврастенічний, егоцентричний, паранойяльний, анозогнозичний, дисфоричний, ергопатичний і гармонійний.

Перший блок включає гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується. При гармонійному типі реагування хворі, адекватно оцінюючи свій стан, пацієнти активно беруть участь в лікуванні захворювання, дотримуються призначеного лікарем режиму, прагнуть подолати захворювання, є збереженими ціннісна структура та активне соціальне функціонування. Для хворих з цими ергопатичним та анозогнозичним типами відношення до хвороби характерно зниження критичності до свого стану, применшення «значення» захворювання аж до повного його витіснення, іноді поведінкові порушення рекомендованого лікарем режиму, «відходом» в роботу, запереченням факту захворювання. Однак виражені явища психічної дезадаптації у цих хворих відсутні, що дозволило умовно включити їх в один блок з гармонійним типом.

У другій і третій блоки включені типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації в зв'язку із захворюванням. Другий блок включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи відношення, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Емоційно-афективна сфера відносин у таких хворих проявляється в неадаптивній поведінці, реакціях за типом дратівливої слабкості, тривожному, пригніченому стані, зануренням у хворобу, відмовою від боротьби.

У третій блок увійшли сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранойяльний типи відносини, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Пацієнти з цими типами характеризуються таким ставленням до хвороби, яке залежить від преморбідних властивостей особистості, а саме, вони соромляться свого захворювання перед оточуючими, використовують для досягнення певних цілей, будують паранойяльного характеру концепції щодо причин захворювання, виявляють агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих у власній недужі.

Змістовні блоки методики включають наступні життєві сфери: ставлення до хвороби, до її лікування, лікарів та медперсоналу, рідних та близького оточення, роботи (навчання), самотності, майбутнього, самооцінка самопочуття, настрою, сну та апетиту.

Відмінною рисою методики є її валідація на групі експертів, які вибирали з початкового запропонованого списку твердження, які, на їхню думку, відповідали тому чи іншому типу реагування на хворобу. (Маркова М.В., Косенко К.А., [192, с. 69-73], Пшук Н.Г., [193, с. 145], Животовська Л.В., Казаков О.А., Борисенко В.В., [194, с.48-51], Дрюченко М. О. [195, с. 10-17]).

Дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999 у модифікації Н. О. Марути, 2004.

Метод оцінки інтеграційного показника якості життя охоплює наступні параметри якості життя пацієнтів:

1. Фізичне благополуччя: відчуття енергійності, відсутність болю і фізичних проблем;
2. Психологічне – емоційне благополуччя: добре самопочуття, задоволеність собою;
3. Самообслуговування і незалежність дій: виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень;
4. Працездатність: можливість виконувати робочі, професійні або домашні обов'язки;
5. Міжособистісна взаємодія: можливість відповідати і підтримувати хороші відносини у родині, з друзями, групами;
6. Соціо-емоційна підтримка: наявність людей, яким хворий довіряє і, які можуть запропонувати йому допомогу і моральну підтримку;
7. Громадська і службова підтримка: приємні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів;
8. Особистісна реалізація: наявність відчуття рівноваги, отримання задоволеності від сексу, мистецтва та ін.);

9. Духовна реалізація: відчуття віри, релігійності і вихід за межі звичайної матеріального життя;

10. Загальне сприйняття життя: відчуття задоволеності і щастя у житті у цілому).

Кожен з 10 перерахованих вище властивостей (шкал) обстежуваний оцінював за десяти бальною системою – від 0 балів (мала вираженість) до 10 балів (висока вираженість).

При груповий інтерпретації інтегративного показника якості життя обчислювалося середнє арифметичне значення за кожною шкалою якості життя хворих на шизофренію. (Маркова М.В., Косенко К. А., [196, с. 86-95], Пшук Н.Г., Маркова М.В., Пшук Є.Я. [215, с. 10-17], Бачериков А.Н., Матюзок Э.Г., Харина Е.В. [198, с. 40-44], Мазаева Н.А., Соколов Р.Е. [199, с. 5-15]

#### Статистико-математична обробка отриманих результатів.

Обробка даних під час статистичного аналізу проводилася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Результати представлені у вигляді середнього значення  $\pm$  похибка репрезентативності при рівні вірогідності  $p < 0,05$ .

Висновки до розділу 2. Таким чином, комплекс використаних у роботі методів адекватний меті та завданням дослідження.



### РОЗДІЛ 3

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

З метою уточнення ролі клініко-психопатологічних особливостей хворих на параноїдну шизофренію в генезі їх психосоціальної адаптації та рівня соціального функціонування і розробки системи диференційованих психоосвітніх заходів у цій категорії хворих, в дослідженні детально вивчена клініко-психопатологічна структура параноїдної шизофренії.

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження Клінічні варіанти структури параноїдної форми шизофренії у обстежених хворих представлені трьома провідними психопатологічними синдромами: галюцинаторно-параноїдним ( $37,8 \pm 1,3\%$  хворих основної та  $37,6 \pm 1,2\%$  контрольної груп), депресивно-параноїдним ( $32,8 \pm 1,1\%$  та  $32,8 \pm 1,1\%$  відповідно) та апато-абулічним ( $29,4 \pm 0,9\%$  хворих основної та  $29,6 \pm 0,9\%$  контрольної груп). (Табл. 3.1).

Таблиця 3.1

### Розподіл хворих в залежності від провідного психопатологічного синдрому (%)

Психопатологічний синдром	Основна група	Контрольна група
Галюцинаторно-параноїдний	$37,8 \pm 1,3$	$37,6 \pm 1,2$
Депресивно-параноїдний	$32,8 \pm 1,1$	$32,8 \pm 1,1$
Апато-абулічний	$29,4 \pm 0,9$	$29,6 \pm 0,9$

Галюцинаторно-параноїдний синдром характеризувався порушенням сприйняття у вигляді слухових галюцинацій коментуючого  $85,2 \pm 2,6\%$  та імперативного характеру  $14,7 \pm 0,6\%$ , а також зорових  $21,3 \pm 1,2\%$  та сенестопатичних  $54,1 \pm 1,6\%$  (табл.3.2).

**Клініко-психопатологічна характеристика галюцинаторно-параноїдного синдрому у обстежених хворих (%)**

Симптом	%
Слухові галюцинації коментуючі	85,2 ± 2,6
Слухові галюцинації імперативні	14,7 ± 0,6
Зорові галюцинації	21,3 ± 1,2
Сінестопатії	54,1 ± 1,6
Дереалізація-деперсоналізація	49,2 ± 1,5
Відчуження думок	63,9 ± 1,9
Звучання думок	36,1 ± 1,4
Марення відношення	67,2 ± 2,0
Марення впливу	10,3 ± 0,5
Марення переслідування	32,8 ± 1,3
Іпохондричне марення	4,5 ± 0,2
Агресивність	18,0 ± 0,9
Хворобливо знижений фон настрою	96,3 ± 2,9
Афект туги	84,4 ± 2,7
Тривога	82,5 ± 2,5
Дратівливість	72,5 ± 2,4
Гіперестезія	71,6 ± 2,4
Астенія	84,4 ± 2,7
Апатія	48,7 ± 1,6
Ангедонія	68,7 ± 2,3
Пригнічення інстинктів	71,1 ± 1,6
Загальмованість	46,6 ± 1,3
Погіршення пам'яті, уваги	54,4 ± 1,5
Суїцидальні думки	33,2 ± 1,1
Суїцидальні спроби	4,0 ± 0,1

У структурі депресивно-параноїдного синдрому відмічалися подавленій, пригнічений настрій ( $98,3 \pm 3,1$  %), почуття туги ( $89,4 \pm 2,9$ %) та тривоги, чекання нещастя ( $79,4 \pm 2,4$  %), дратівливість ( $76,1 \pm 2,3$  %), гіперестезії ( $81,1 \pm 2,7$  %) на тлі яких реєструвалися маячні ідеї відношення ( $65,2 \pm 2,1$  %), впливу ( $6,9 \pm 0,2$  %), переслідування ( $29,7 \pm 1,1$ %). Так само спостерігалися іпохондричні маячні ідеї  $9,8 \pm 0,3$ %. (табл.3.3).

Таблиця 3.3

**Клініко-психопатологічна характеристика депресивно-параноїдного синдрому у обстежених хворих (%)**

Симптом	%
Слухові галюцинації коментуючі	$75,2 \pm 2,8$
Слухові галюцинації імперативні	$21,2 \pm 1,2$
Зорові галюцинації	$24,3 \pm 1,3$
Сінестопатії	$33,1 \pm 1,5$
Дереалізація-деперсоналізація	$51,2 \pm 2,0$
Відчуження думок	$43,4 \pm 1,8$
Звучання думок	$35,1 \pm 1,6$
Марення відношення	$65,2 \pm 2,1$
Марення впливу	$6,9 \pm 0,2$
Марення переслідування	$29,7 \pm 1,1$
Іпохондричне марення	$9,8 \pm 0,3$
Марення Котара	$2,4 \pm 0,2$
Агресивність	$11,2 \pm 0,9$
Псевдомутизм	$7,3 \pm 0,5$
Хворобливо знижений фон настрою	$98,3 \pm 3,1$
Афект туги	$89,4 \pm 2,9$
Тривога	$79,4 \pm 2,4$
Дратівливість	$76,1 \pm 2,3$

Симптом	%
Гіперестезія	81,1 ± 2,7
Астенія	79,4 ± 2,5
Апатія	52,7 ± 2,1
Ангедонія	78,6 ± 2,4
Пригнічення інстинктів	72,1 ± 2,3
Загальмованість	60,1 ± 2,3
Погіршення пам'яті, уваги	44,4 ± 1,8
Суїцидальні думки	56,1 ± 2,1
Суїцидальні спроби	22,0 ± 1,1

Параноїдний компонент мав високу афективну зарядженість, аж до симптомів катастрофи в рамках мегаломанічного нігілістичного марення Котара -  $2,4 \pm 0,2$  %. Зовнішні прояви вписувалися в характеристики депресивно-параноїдного ступору з загальмованістю -  $60,1 \pm 2,3$  % та псевдомутізмом -  $7,3 \pm 0,6$  %. Депресивно-параноїдний синдром в  $56,1 \pm 2,1$  % випадках супроводжувався суїцидальними думками в  $22,0 \pm 1,1$  % - суїцидальними спробами. У структурі депресивно-параноїдного синдрому відмічалися подавлений, пригнічений настрій ( $98,3 \pm 3,1$  %), почуття туги ( $89,4 \pm 2,9$ %) та тривоги, чекання нещастя ( $79,4 \pm 2,4$  %), дратівливість ( $76,1 \pm 2,3$  %), гіперестезії ( $81,1 \pm 2,7$  %) на тлі яких реєструвалися маячні ідеї відношення ( $65,2 \pm 2,1$  %), впливу ( $6,9 \pm 0,2$  %), переслідування ( $29,7 \pm 1,1$ %). Так само спостерігалися іпохондричні маячні ідеї  $9,8 \pm 0,3$ %. (табл.3.3). Параноїдний компонент мав високу афективну зарядженість, аж до симптомів катастрофи в рамках мегаломанічного нігілістичного марення Котара -  $2,4 \pm 0,2$  %. Зовнішні прояви вписувалися в характеристики депресивно-параноїдного ступору з загальмованістю -  $60,1 \pm 2,3$  % та псевдомутізмом -  $7,3 \pm 0,6$  %. Депресивно-параноїдний синдром в  $56,1 \pm 2,1$  % випадках супроводжувався суїцидальними думками в  $22,0 \pm 1,1$  % - суїцидальними спробами.

Для апато-абулічного синдрому було характерно: динамічні порушення мислення, які проявлялися у вигляді змін темпу і ритму ( $85,1 \pm 2,9$  % хворих): в  $47,7 \pm 1,7$  % обстежених відзначалися уповільнення темпу мислення - гальмування розумових реакцій у вигляді наростаючою «порожнечі в голові», втрати розуміння подій навколишнього світу, зменшення духовного і культурного розвитку. У  $11,6 \pm 0,9$  % пацієнтів на тлі уповільнення мислення наступали нечисленні епізоди «обриву думок» (шперунги), тривалість яких становила від кількох хвилин до кількох діб (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Клініко-психопатологічна характеристика апато-абулічного синдрому у обстежених хворих (%)**

Симптом	%
Уповільнення темпу мислення	$47,7 \pm 1,7$
Шперунг	$11,6 \pm 0,9$
Структурні розлади мислення	$64,4 \pm 2,3$
Розлади сприйняття	$37,3 \pm 1,3$
Сінестопатії	$11,1 \pm 0,5$
Дереалізація-деперсоналізація	$33,9 \pm 1,2$
Марення відношення	$40,0 \pm 1,7$
Марення преслідування	$20,2 \pm 1,1$
Марення впливу	$5,5 \pm 0,3$
Марення Котара	$1,1 \pm 0,1$
Агресивність	$1,4 \pm 0,1$
Хворобливо знижений фон настрою	$69,3 \pm 2,5$
Афект туги	$59,3 \pm 2,1$
Тривога	$54,8 \pm 2,1$
Дратівливість	$21,3 \pm 1,1$
Гіперестезія	$15,1 \pm 0,6$
Астенія	$44,3 \pm 1,7$

Симптом	%
Апатія	64,3 ± 2,4
Ангедонія	74,1 ± 2,7
Пригнічення інстинктів	49,5 ± 1,8
Загальмованість	43,7 ± 1,7
Погіршення пам'яті, уваги	67,3 ± 2,5
Суїцидальні думки	25,1 ± 1,2
Суїцидальні спроби	7,2 ± 0,3

Структурні розлади мислення спостерігалися у  $64,4 \pm 2,3$  % і частіше виявлялися аморфністю і різноплановістю. У  $40,0 \pm 1,7$  % пацієнтів розлади мислення були представлені ідеями відношення, тісно пов'язаними з гіпертрофованою самооцінкою, упевненістю у володінні винятковими даруваннями і здібностями, які, на думку пацієнта, не визнавалися оточуючими. У  $50,8 \pm 2,0$ % хворих ідеї відношення виникали на тлі заниженої самооцінки.

Депресивна симптоматика реєструвалася у  $69,3 \pm 2,5$  % хворих. У  $54,8 \pm 2,1$  % випадках переважали епізоди зниженого настрою з афектами тривоги, роздратування ( $21,3 \pm 1,1$  %), туги, передчуття наближення небезпеки, катастрофи.

Розлади сприйняття відзначалися у  $37,3 \pm 1,3$  % хворих. Характерними були поява зорових ілюзій у вечірній час, на тлі астенії, втоми, тривоги. У  $33,9 \pm 1,2$  % обстежених поодинокі короткочасні розлади сприйняття протікали у вигляді синдрому дереалізації з метаморфопсіями. У  $10,7 \pm 0,8$ % випадках у хворих відзначалися слухові галюцинації. Також галюцинаторні розлади проявлялися у вигляді акоазмів, фонем, які сприймалися як реальні мовні звернення, що надходять від реальних людей, рідше джерело звукових обманів сприйняття не виявлялося.

Риси апатії відзначалися у  $64,3 \pm 2,4$  % хворих. Замкнутість спостерігалась у  $28,6 \pm 1,1$  % хворих. Характеризувалась поступовим аутистичним відходом в світ

власних переживань, відгородженості у вигляді втрати інтересу до навколишнього, прогресуванням відчуженості, пасивним униканням контактів, психологічним комфортом на самоті.

Для структурування та об'єктивізації результатів клініко-психопатологічного дослідження нами була використана шкала позитивних і негативних синдромів PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Розподіл вираженості психопатологічних симптомів у обстежених  
(за даними шкали PANSS, в балах)**

Симптом	Показник, M±m, бали
Позитивна симптоматика	
1. Маячення	5,22±1,05
2. Розлади мислення	4,09±0,95
3. Галюцинації	3,55±1,57
4. Збудження	3,65±1,01
5. Ідеї величі	1,31±0,97
6. Підозрілість, ідеї переслідування	3,90±1,31
7. Ворожість	3,53±1,17
Негативна симптоматика	
1. Притуплений афект	4,31±1,18
2. Емоційна відгородженість	4,22±1,15
3. Труднощі у спілкуванні	4,17±1,13
4. Пасивно-апатична соціальна відгородженість	4,35±1,12
5. Порухення абстрактного мислення	3,14±1,13
6. Порухення спонтанності і плавності мови	3,04±0,78
7. Стереотипне мислення	2,94±1,23
Загальна симптоматика	
1. Соматична заклопотаність	2,46±1,59
2. Тривога	4,48±0,94
3. Почуття провини	1,40±0,92
4. Напруженість	4,62±0,89
5. Манірність і позування	2,02±1,16
6. Депресія	4,23±1,29
7. Моторна загальмованість	2,38±1,22

<b>Симптом</b>	<b>Показник, M±m, бали</b>
8. Малоконтактність	3,20±1,14
9. Незвичний зміст думок	1,17±1,15
10. Дезорієнтованість	1,26±0,25
11. Порушення уваги	3,99±1,80
12. Зниження критичності до свого стану	4,06±1,11
13. Порушення волі	3,22±0,96
14. Послаблення контролю імпульсивності	4,98±1,84
15. Завантаженість психічними переживаннями	3,27±0,80
16. Активна соціальна відстороненість	4,15±1,06
<b>Інтегральні показники</b>	
Сумарний бал	106,23±9,15
Важкість продуктивної симптоматики	21,31±0,76
Важкість негативної симптоматики	27,12±0,71
Виразність інших психічних порушень	52,14±1,46
<b>Додаткові клінічні шкали PANSS</b>	
Анергія	15,17±3,13
Порушення мислення	10,12±2,28
Збудження	10,29±1,14
Параноїдна поведінка	12,63±2,98
Депресія	15,57±3,16

Як бачимо з отриманих даних у обстежених хворих незначно вище була вираженість позитивної симптоматики в порівнянні з негативною і загальнопсихопатологічною, проте відмінності були незначними.

Виразність психопатологічної симптоматики мала відмінності в залежності від провідного синдрому захворювання (табл. 3.6).

Як бачимо з наведених даних позитивна симптоматика найбільш виражена була у хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом ( $23,37 \pm 0,91$  бала)  $p < 0,05$ . Негативна симптоматика більш виражена була у групи хворих при апато-абулічному синдромі ( $28,48 \pm 0,66$  бала),  $p < 0,05$ .



**Розподіл вираженості психопатологічної симптоматики у обстежених хворих в залежності від провідного синдрому (за даними шкали PANSS, в балах)**

Синдром	PANSS-p	PANSS-n	PANSS-g
Апато-абулічний	20,69±0,88	28,48±0,66	52,64±1,52
Галюцинаторно-параноїдний	23,37±0,91	28,18±1,08	54,51±2,32
Депресивно-параноїдний	20,17±1,89	25,74±0,97	50,35±2,16
Параноїдний	21,26±1,31	25,69±1,99	49,74±2,75

Загальнопсихопатологічна симптоматика більш вираженою була у хворих з галюцинаторно-параноїдним (54,51 ± 2,32 бала) та апато-абулічним (52,64 ± 1,52 бала) синдромами, менш - у хворих з параноїдним (49,74 ± 2,75 бала) та депресивно-параноїдним (50,35 ± 2,16 бала) синдромами. Однак статистично значущих відмінностей за цим показником між клінічними групами не виявлялося.

Отримані в ході роботи дані лягли в основу розробки психоосвітніх програм для хворих на шизофренію та членів їх родин.

### Висновки до розділу 3

Клінічні варіанти структури параноїдної форми шизофренії у обстежених хворих представлені трьома провідними психопатологічними синдромами: галюцинаторно-параноїдним (37,8±1,3% хворих основної та 37,6±1,2% контрольної груп), депресивно-параноїдним (32,8±1,1% та 32,8±1,1% відповідно) та апато-абулічним (29,4±0,9% хворих основної та 29,6±0,9% контрольної груп).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів загальнопсихопатологічної симптоматики були тривожно-депресивна симптоматика (65,3±1,7% хворих основної та 64,9±1,6% контрольної груп), зниження рівня інтересів, занурення в свої психопатологічні переживання (41,5±1,2% та 40,8±1,1%

відповідно), соціальна відгородженість та порушення критики по відношенню до хвороби ( $59,5 \pm 1,3\%$  хворих основної та  $60,0 \pm 1,4\%$  контрольної груп). За шкалою PANSS переважали емоційно-вольові порушення ( $58,6 \pm 1,3\%$  та  $58,8 \pm 1,3\%$  відповідно).

Порівняльний аналіз структури провідних синдромів показав, що в групі хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом найбільш вираженою була позитивна симптоматика ( $47,9 \pm 1,2\%$  хворих основної та  $51,1 \pm 1,4\%$  контрольної груп), з провідним депресивно-параноїдним синдромом загально психопатологічна симптоматика ( $52,1 \pm 1,3\%$  та  $51,8 \pm 1,2\%$  відповідно), з провідним апато-абулічним синдромом - негативна ( $49,9 \pm 1,1\%$  хворих основної та  $50,1 \pm 1,2\%$  контрольної груп).

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора [200, 201].

## РОЗДІЛ 4

МЕТОДОЛОГІЯ ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ  
ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

На першому етапі дослідження нами за допомогою спеціально розробленого опитувальника було проведено вивчення особливостей інформаційного дефіциту, що стосується багатьох питань, які пов'язані з психічними розладами серед хворих на шизофренію та їх родичів. Як показали результати дослідження, найбільш важливою є достовірною інформація про причини виникнення захворювання ( $81,5 \pm 1,9$  % обстежених хворих та  $92,1 \pm 2,1$  % їх родичів); розпізнавання ознак загострення та необхідну у такому разі допомогу ( $77,3 \pm 1,6$  % та  $91,1 \pm 2,1$  % відповідно); ліки, які використовуються для лікування шизофренії, механізми їх дії, можливі побічні ефекти ( $75,6 \pm 1,5$  % обстежених хворих та  $58,5 \pm 1,4$  % їх родичів); юридичні та соціальні аспекти, що пов'язані з захворюванням на шизофренію ( $42,6 \pm 1,2$  % та  $38,3 \pm 0,9$  % відповідно). (табл. 4.1).

Для обстежених жінок актуальними були питання пов'язані з впливом шизофренії і терапії нейрорептиками на вагітність, годування грудьми і можливість виховання дітей.

При цьому лише  $26,1 \pm 0,6$  % хворих були готові обговорити свої проблеми з іншими, хоча більша частина родичів схвально заявляла про свою участь у психосоціальних програмах.

Психоосвітня програма, складалася з п'яти етапів:

I етап - вивчення інформаційного дефіциту. На першому етапі нами за допомогою спеціально розробленого опитувальника було проведено вивчення особливостей інформаційного дефіциту стосовно захворювання на шизофренію серед хворих та членів їх родин. Як показали результати дослідження, найбільш важливою є достовірною інформація про причини виникнення захворювання ( $81,5 \pm 1,9$  % обстежених хворих та  $92,1 \pm 2,1$  % їх родичів); розпізнавання ознак загострення стану та необхідних у такому разі дій ( $77,3 \pm 1,6$  % та  $91,1 \pm 2,1$  % відповідно); ліки, які використовуються для лікування шизофренії, механізми їх

дії), можливі побічні ефекти ( $75,6 \pm 1,5\%$  обстежених хворих та  $58,5 \pm 1,4\%$  їх родичів); юридичні та соціальні аспекти, що пов'язані з захворюванням на шизофренію ( $42,6 \pm 1,2\%$  та  $38,3 \pm 0,9\%$  відповідно).

Таблиця 4.1

### Інформаційні потреби хворих на шизофренію та їх родичів (%)

	Хворі на ПШ	Родичі хворих
Що таке шизофренія?	$92,5 \pm 2,1$	$90,1 \pm 2,0$
Причини виникнення шизофренії?	$81,5 \pm 1,9$	$92,1 \pm 2,1$
Які ознаки загострення у такому разі робити?	$77,3 \pm 1,6$	$91,1 \pm 2,1$
Які потрібні ліки, механізми їх дії, можливі побічні ефекти?	$75,6 \pm 1,5$	$58,5 \pm 1,4$
Методи лікування шизофренії?	$89,2 \pm 2,0$	$79,4 \pm 1,6$
Юридичні та соціальні аспекти, що пов'язані з захворюванням на шизофренію?	$42,6 \pm 1,2$	$38,3 \pm 0,9$
Що робити для профілактики загострення?	$39,4 \pm 0,9$	$44,7 \pm 1,2$
Які обмеження, які накладаються захворюванням?	$58,2 \pm 1,7$	$33,1 \pm 0,8$
Що буде, якщо не лікуватися?	$24,1 \pm 0,5$	$22,2 \pm 0,5$
Чи можна допомогти собі самостійно?	$33,5 \pm 0,8$	$11,4 \pm 0,3$
Вплив терапії нейролептиками на вагітність, годування грудьми	$44,5 \pm 1,2$	$46,5 \pm 1,3$

Для обстежених жінок актуальними були питання пов'язані з впливом шизофренії та терапії нейролептиками на вагітність, грудне вигодовування і можливість виховання дітей.

II етап – інформаційний, був спрямований на заповнення інформаційного дефіциту знань про етіопатогенез шизофренії, необхідність фармакотерапії, механізми дії нейролептиків, побічні ефекти, важливість психосоціальної реабілітації; зниження рівня стигматизації та самостигматизації. Проводилася мотивація пацієнтів на участь у психоосвітній програмі.

III етап – навчання навичкам «оволодіння», включав формування прихильності до терапії, навчання методам профілактики рецидивів, умінню розпізнавати перші ознаки загострення стану та необхідним у цьому разі діям.

IV етап – відновлення особистісного і соціального ресурсу, був спрямований на відновлення соціальних позицій хворого, навчання навичкам вирішення проблем; зміну не конструктивного ставлення до себе та своєї хвороби, патологічних копінг-стратегій, попередження аутоагресивних тенденцій.

V етап - відновлення сфери відповідальності, був спрямований на закріплення нових форм реагування і адаптивних варіантів поведінки в разі декомпенсації стану, адекватних і конструктивних форм міжособистісної взаємодії.

Головною умовою включення хворих в психоосвітню групу є відсутність гострих психотичних станів (загальна оцінка по PANSS менше 80 балів), легкий або помірний апато-абулічний і нейрокогнітивний дефект, збереження правильного упорядкованої та соціально прийнятної поведінки.

Не включалися в групу пацієнти на висоті гострих психотичних розладів (загальна оцінка по PANSS більше 80 балів), з грубим емоційно-вольовим та інтелектуальним зниженням, вираженою тривожністю, руховим збудженням, нездатністю контролювати поведінку.

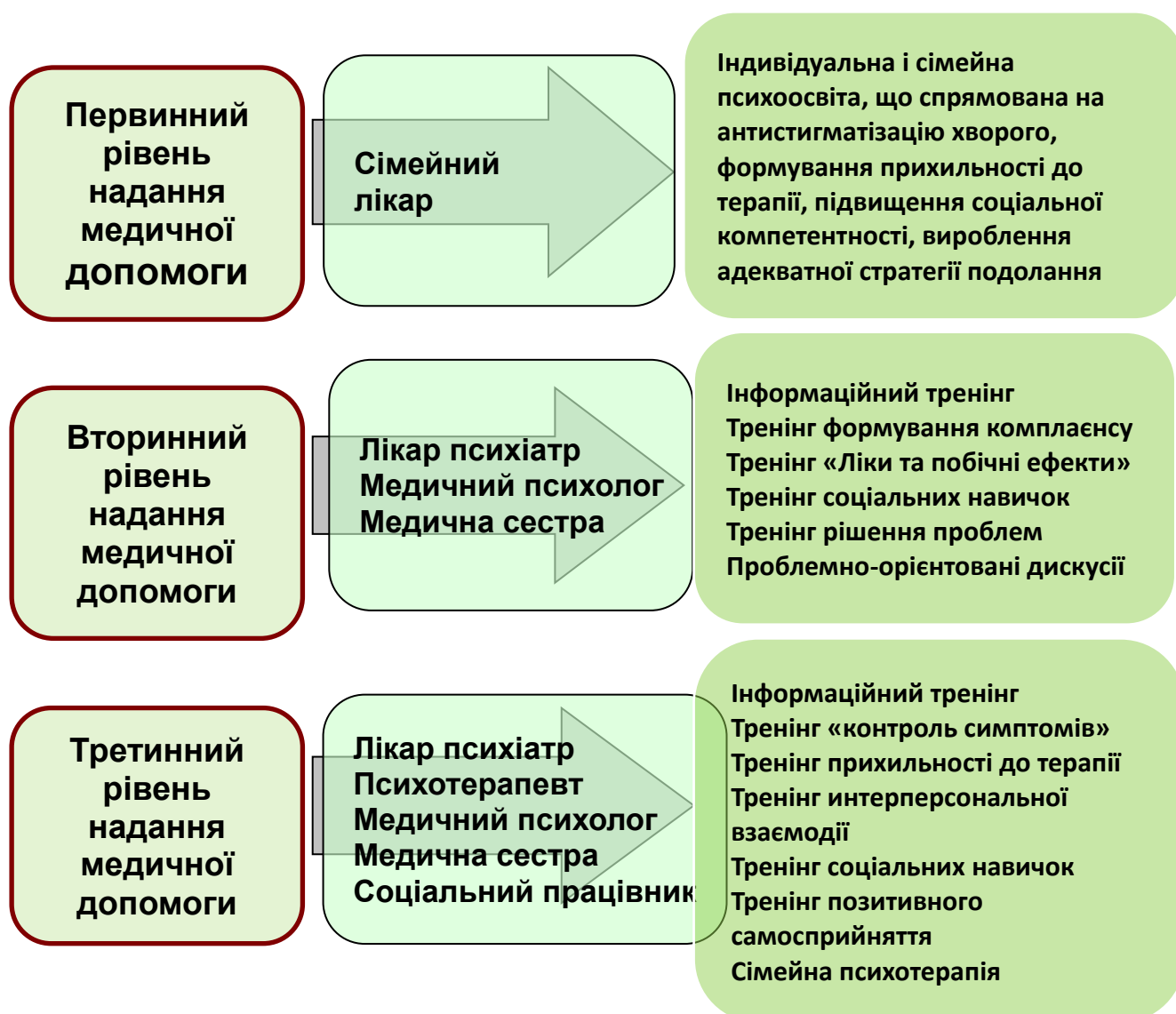
На етапі включення в психоосвітню групу здійснювалося індивідуальна робота з хворим, спрямована на вироблення у нього позитивної мотивації до активного включення в роботу групи. Бесіда з пацієнтом в значній мірі сприяє створенню позитивної мотивації до занять, так як в її процесі виявляються конкретні проблеми пацієнта. Хворого орієнтують на розкриття своїх значних проблем та вільне їх обговорення в доброзичливій атмосфері групи.

У ході роботи використовувалися наступні варіанти психоосвітнього втручання: викладання (мінілекції), емоціональна підтримка, стимуляція, порада, роз'яснення, уточнення, об'єктивізація та інтерпретація.

Психоосвітня програма включала комплексне використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н. О. з співавт., 2010), тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусій.

Розроблена нами психоосвітня програма в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію була диференційована для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

На рівні первинної медичної допомоги психоосвітню програму проводить лікар загальної практики – сімейної медицини. При наданні вторинної та третинної медичної допомоги психоосвітня програма реалізується за участю мультидисциплінарної бригади (лікар психіатр, лікар психотерапевт, медичний психолог, медична сестра, соціальний робітник) (рис. 4.1).



Рисинок 4.1. Система психоосвітньої роботи на трьох рівнях надання медичної допомоги хворим на шизофренію.

На первинному рівні надання допомоги психоосвіту повинен проводити лікар загальної практики - сімейної медицини. Психоосвітня програма включає в себе індивідуальну і сімейну психоосвіту, спрямовану на антистігматизацію хворого на шизофренію, формування прихильності до терапії, активізацію позиції пацієнта, підвищення його соціальної компетентності, вироблення адекватної стратегії подолання хворобливих переживань.

Психоосвітні заняття з хворими на шизофренію на первинному рівні проводилися індивідуально з хворим, психоосвітній модуль повинен складатися з 5 занять, тривалістю 1 година з частотою 1 раз на тиждень.

Для родичів хворих проводився цикл з 3 сімейних психоосвітніх занять, тривалістю 1,5 години з частотою 1 раз в тиждень. Психоосвітні заняття будувалися за принципом інформаційного тренінгу і були спрямовані на надання інформації про особливості перебігу шизофренії, антистігматизацію, необхідності прийому ліків, навчання своєчасному розпізнаванню і контролю релапсу і необхідної в такому випадку поведінкової тактики.

На вторинному рівні надання допомоги психоосвітню програму реалізує мультидисциплінарна бригада - лікар психіатр, медичний психолог, медична сестра. Психоосвітні заняття з хворими на шизофренію проводилися в закритих гендерно-диференційованих групах, з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Психоосвітній модуль складався з 10 занять, тривалістю 1,5 години з частотою 1-2 рази на тиждень.

Групова робота давала можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з другими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники могли отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але і від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають пацієнту краще розуміти характер і особливості захворювання і його вплив на пацієнта і членів його родини. Не менш значущим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Для родичів хворих проводився цикл з 5 групових психоосвітніх занять, тривалістю 1,5 години з частотою 2 рази в тиждень. Психоосвітні заняття включали до себе інформаційний тренінг і були спрямовані на надання інформації про етіопатогенез шизофренії, розуміння суті захворювання, особливостей його перебігу, перспективи лікування; навчання своєчасному розпізнаванню і контролю релапсу і необхідної в такому випадку поведінкової тактики.

На третинному рівні надання допомоги психоосвітню програму також реалізує мультидисциплінарна бригада - лікар психіатр, психотерапевт, медичний психолог, медична сестра, соціальний працівник. Психоосвітні заняття з хворими на шизофренію проводилися в закритих гендерно-диференційованих групах, з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Психоосвітній модуль складався з 10 занять, тривалістю 1,5 години з частотою 1-2 рази на тиждень.

Психоосвітні заняття з родичами хворих проводилися з частотою 2 рази в тиждень тривалістю 1,5 години, склалися з 5 групових психоосвітніх занять, які були спрямовані на надання інформації про етіопатогенез шизофренії, розуміння суті захворювання, особливостей його перебігу, подолання стигматизації та само стигматизації, навчання своєчасному розпізнаванню і контролю релапсу і необхідної в такому випадку поведінкової тактики, обговорення проблеми «неправильної поведінки», як ознакою загострення захворювання.

При проведенні психоосвітніх занять з родичами підкреслюється, як важливо підтримувати збалансований сімейний стиль життя, планувати задовольнюючу пацієнта прийнятну діяльність в сім'ї, знаходити і використовувати мережі соціальної підтримки, передбачати ситуації стресу і фрустрації. При цьому вказується на потенційну небезпеку для хворого таких моментів, як посилення сімейних конфліктів та критики з боку членів сім'ї, зниження соціальної підтримки. Сім'ям рекомендується використовувати ясні та прості взаємодії з хворим, послідовно обмежувати неприйнятну поведінку хворого, дотримуватися реалістичних очікувань щодо прогнозу його хвороби.

При проведенні психоосвітніх сесій на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги з учасниками встановлювалися організаційні правила



(початок і завершення занять в один і той же час, постійне місце проведення), спонукання пацієнтів до ініціативи, організація зворотного зв'язку, що відбиває думку кожного учасника в обговоренні теми заняття. Одним із прийомів, що підтримують структуру психоосвіти, являлись висловлювання хворих по колу.

Крім того необхідно використовувати техніку «приєднання», яка полягає в додаткових висловлюваннях кожного учасника. З цією метою хворі сідали в коло обличчям один до одного.

Кожне заняття будувалося за певною схемою: вступна частина, робочий час, обговорення. Вступна частина починалася з привітання учасників групи, обговорювалися організаційні моменти, мета і завдання. Далі обговорювалися загальні правила робочої групи, які фіксувалися на аркушах паперу.

Кожне наступне заняття починалося, з обговорення і повторення матеріалу попереднього заняття. Крім того, заохочується співвіднесення отриманої інформації з особистим досвідом хворих і їх переживаннями, акцентується увага пацієнтів на необхідності корекції спотворень неправильно зрозумілої інформації, дезадаптивних установок і поведінки.

Найважливіша частина психоосвіти полягає в тому, що використовувався індивідуальний досвід учасників групи для самого процесу навчання. Необхідно було повторення пацієнту важливість самостереження і самопомоги, користь лікування.

Таким чином психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, підсилює впевненість в боротьбі з хворобою, але одночасно досягаються і непрямі завдання терапії: поліпшуються можливості в сфері впевненої поведінки; удосконалюються комунікативні навички та навички повсякденного життя, з'являються нові стратегії вирішення проблем, підвищується рівень соціальної успішності.

Ефективність розробленої комплексної програми терапії та реабілітації хворих на шизофренію з використанням психоосвіти здійснювалася у співставленні з традиційними заходами на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих та якості їх життя.

## Висновки до розділу 4

Таким чином як показали результати дослідження найбільш важливою для хворих на шизофренію і їх родичів є достовірна інформація про причини виникнення психічних захворювань, розпізнавання ознак загострення і необхідна в такому випадку допомога, про ліки, які використовуються для лікування шизофренії, механізми їх дії, можливі побічні ефекти, юридичні аспекти, пов'язані з психічним захворюванням і механізми подолання стресу.

В ході роботи нами науково обґрунтовані і розроблені психоосвітні заходи в комплексному лікуванні хворих на шизофренію. В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіта» шляхом формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання, зниження у пацієнтів та їх родичів рівня стигматизованості та самостигматизованості; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і поліпшення їх комунікативних здібностей, забезпечення «психосоціальної підтримки», поліпшення адаптації пацієнта та його родини.

Запропоновано принципи та розроблено алгоритм психоосвіти у хворих на шизофренію на трьох рівнях надання медичної допомоги. Розроблена інтегративна модель психоосвітньої роботи, яка включає в себе використання інформаційних модулів, когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій, проблемно-орієнтованих дискусій, а також сімейної психотерапії.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора [02-205 ].

## РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПІД  
ВПЛИВОМ ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ  
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Оцінка ефективності розробленої комплексної програми терапії шизофренії з використанням фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти здійснювалася у співставленні з використанням фармакотерапії та психотерапії на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих та якості їх життя.

Як показав аналіз ефективності запропонованої програми на тлі використання антипсихотиків у сполученні з психоосвітньою програмою відмічається якісна редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, відновлення їх психосоціального функціонування хворих.

Згідно з отриманими в ході роботи даними у  $79,2 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $68,6 \pm 1,6\%$  контрольної груп відмічалася покращення психічного стану, у  $20,4 \pm 0,7\%$  і  $29,8 \pm 0,9\%$  хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у  $0,4 \pm 0,1\%$  обстежених основної та  $1,6 \pm 0,3\%$  контрольної груп відзначалася негативна динаміка. (рис. 5.1).

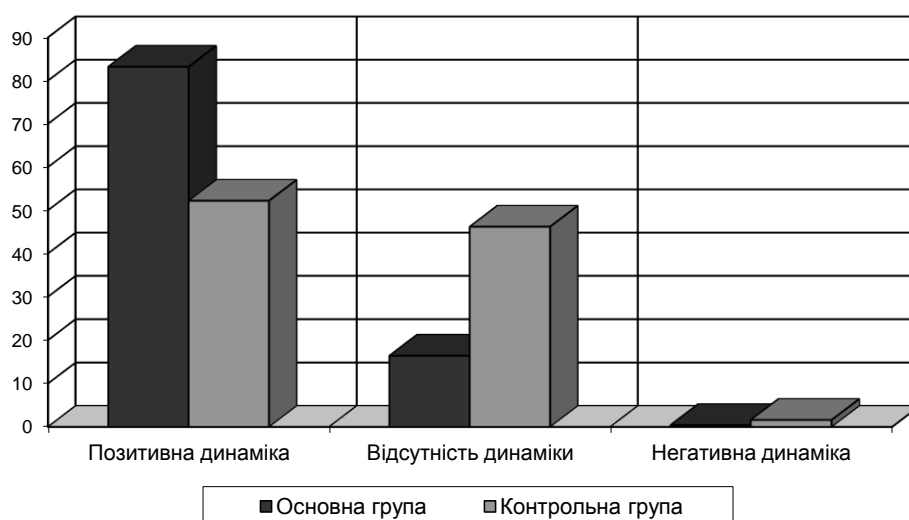


Рисунок 5.1. Динаміка психічного стану обстежених хворих (%)

Критеріями ефективності були: редукція продуктивної психосимптоматики, нормалізація емоційного стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної і соціальної активності.

Як показали результати дослідження на першому етапі роботи (перед проведенням психоосвітніх програм) було проведено клініко-психопатологічне дослідження хворих за допомогою шкали PANSS.

Як показали результати дослідження для пацієнтів з галюцинаторно-параноїдним, депресивно-параноїдним і параноїдним синдромами провідними в клінічній картині були порушення стрункості мислення, зниження і неадекватність емоцій, маячні ідеї, псевдогалюцинації, при апато-абулічному синдромокомплексі домінувала негативна симптоматика, хворі були байдужі до подій, що відбуваються навколо них, були емоційно холодними.

За більшістю шкал PANSS у обстежених хворих з провідним апато-абулічним синдромом відзначалася наступна динаміка представлена в таблиці 5.1.

Найбільш виражена позитивна динаміка у хворих даної групи спостерігалася з наступними психопатологічними симптомами: ворожість, збідніння контактів, пасивно-апатична соціальна відгороженість, недостатність спонтанності мови, депресія, рухова загальмованість, недоступність, відхід у внутрішні переживання, активний відхід від соціальних контактів.

За відповідними шкалами PANSS середні показники після курсу психосоціальної реабілітації знаходилися в діапазоні мінімальної важкості, відмінності показників до і після курсу психосоціальної реабілітації склали  $p < 0,001$ .

Виражене зниження відзначалося також за шкалами «вольові порушення» і «сплощення афекту» (значимість відмінностей  $p < 0,001$ ), але середні показники після курсу реабілітації відповідали рівням слабкої виразності.

Позитивна динаміка середніх показників, що не досягала, однак, статистичної значущості, реєструвалася за шкалами: «маячні ідеї», «збудження», «ідеї переоцінки», «емоційна відгороженість», «ідеї винності».

Динаміка вираженості психопатологічної симптоматики при провідному апато-абулічному синдромі (в балах за шкалою PANSS)

Шкали	До психоосвітніх програм	Після психоосвітніх програм	Достовірність відмінностей
P1	2,93±0,15	2,71±0,13	p > 0,05
P2	3,95±0,12	3,87±0,17	p > 0,05
P3	2,54±0,17	2,06±0,14	p < 0,05
P4	2,41±0,18	1,99±0,12	p > 0,05
P5	2,54±0,21	2,09±0,17	p > 0,05
P6	3,21±0,14	2,54±0,13	p < 0,05
P7	2,63±0,15	1,71±0,13	p < 0,001
N1	4,26±0,18	3,31±0,12	p < 0,001
N2	4,13±0,13	3,89±0,15	p > 0,05
N3	3,97±0,13	2,16±0,15	p < 0,001
N4	4,31±0,15	2,20±0,16	p < 0,001
N5	4,08±0,16	3,85±0,18	p > 0,05
N6	3,54±0,15	2,21±0,17	p < 0,001
N7	3,77±0,14	3,61±0,18	p > 0,05
G1	3,18±0,21	2,35±0,19	p < 0,01
G2	3,43±0,21	2,81±0,17	p < 0,05
G3	2,63±0,23	2,60±0,24	p > 0,05
G4	3,74±0,16	2,11±0,20	p < 0,01
G5	2,68±0,15	2,78±0,17	p > 0,05
G6	3,28±0,21	1,73±0,23	p < 0,001
G7	3,28±0,19	2,08±0,21	p < 0,001
G8	3,25±0,14	2,15±0,17	p < 0,001
G9	3,30±0,12	3,17±0,20	p > 0,05
G10	1,92±0,15	1,32±0,14	p < 0,01
G11	3,51±0,11	2,76±0,24	p < 0,05
G12	3,95±0,14	4,01±0,19	p > 0,05
G13	4,16±0,14	2,97±0,18	p < 0,001
G14	2,62±0,14	1,87±0,17	p < 0,01
G15	3,77±0,17	2,21±0,20	p < 0,001
G16	3,87±0,14	1,73±0,22	p < 0,001

Не вдалося досягти позитивної динаміки за такими симптомами: недостатність суджень і критики, порушення мислення за формою, порушення абстрактного мислення, стереотипне мислення (у всіх випадках середні показники по відповідних шкалах PANSS знаходилися в діапазоні середньої інтенсивності), неприродність змісту мислення (рівень слабкої вираженості).

Також, як і у хворих з провідним апато-абулічним синдромом, у хворих з галюцинаторно-параноїдним синдромом найбільш ригідними до комплексної терапії були недостатність суджень і критики ( $4,17 \pm 0,18$  бала за шкалою PANSS), порушення мислення за формою ( $3,91 \pm 0,20$  бала), порушення абстрактного мислення ( $3,90 \pm 0,20$  бала), стереотипне мислення ( $3,80 \pm 0,21$  бала), у всіх випадках рівень середніх показників знаходився в діапазоні середньої інтенсивності; а також неприродність змісту мислення ( $3,31 \pm 0,21$  бала, діапазон слабкої вираженості) (таблиця 5.2).

Як бачимо з наведених даних на тлі проведеної психоосвітньої програми у хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом середні показники за шкалами: «галюцинаторна поведінка», «скуднення контактів», «пасивно-апатична соціальна відгородженість», «недостатність спонтанності і плавності мови», «іпохондричні ідеї», фізичне напруження», «депресія», «недоступність», «догляд у внутрішні і аутистичні переживання», «активний відхід від соціальних контактів», у всіх випадках відповідаючи рівню мінімальної тяжкості; а також «підозрілість», «сплощення афекту» і «порушення уваги», середні показники яких перебували в діапазоні слабкої вираженості.

По всіх перерахованих вище шкалами значимість відмінностей між середніми показниками до і після курсу комплексної терапії склала  $p < 0,001$ .

Динаміка вираженості психопатологічної симптоматики при провідному галюцинаторно-параноїдному синдромі (в балах за шкалою PANSS)

Шкали	До психоосвітніх програм	Після психоосвітніх програм	Достовірність відмінностей
P1	3,59±0,19	3,01±0,18	p < 0,05
P2	4,21±0,16	3,91±0,20	p > 0,05
P3	3,99±0,22	2,24±0,21	p < 0,001
P4	2,82±0,21	2,12±0,19	p < 0,05
P5	2,87±0,23	2,03±0,17	p < 0,05
P6	3,63±0,20	2,61±0,16	p < 0,001
P7	2,59±0,18	1,85±0,14	p < 0,01
N1	4,51±0,17	3,40±0,18	p < 0,001
N2	4,17±0,19	3,48±0,23	p < 0,05
N3	4,10±0,16	1,97±0,18	p < 0,001
N4	4,04±0,21	1,74±0,19	p < 0,001
N5	4,29±0,19	3,90±0,20	p > 0,05
N6	3,37±0,186	2,347±0,177	p < 0,001
N7	3,82±0,18	3,80±0,21	p > 0,05
G1	3,90±0,18	2,21±0,17	p < 0,001
G2	3,81±0,20	2,96±0,18	p < 0,01
G3	2,90±0,23	2,42±0,20	p > 0,05
G4	3,27±0,21	1,98±0,15	p < 0,001
G5	2,69±0,15	2,62±0,13	p > 0,05
G6	3,76±0,21	2,12±0,15	p < 0,001
G7	2,93±0,22	1,92±0,18	p < 0,01
G8	3,12±0,18	1,88±0,14	p < 0,001
G9	3,70±0,20	3,31±0,21	p > 0,05
G10	2,27±0,17	1,87±0,18	p > 0,05
G11	3,80±0,16	2,81±0,14	p < 0,001
G12	4,18±0,21	4,17±0,18	p > 0,05
G13	3,76±0,16	3,01±0,14	p < 0,01
G14	3,05±0,22	2,03±0,21	p < 0,01
G15	3,78±0,19	2,01±0,17	p < 0,001
G16	3,87±0,22	1,81±0,16	p < 0,001

У групі хворих з провідним депресивно-параноїдним синдромом також не вдалося досягти позитивної динаміки за окремими психопатологічним симптомів: «порушення мислення за формою», «порушення абстрактного мислення», «недостатність суджень і критики» (у всіх випадках середній показник по шкалі PANSS в діапазоні середньої інтенсивності), «стереотипне мислення», «неприродність змісту мислення» (середні значення за шкалою PANSS відповідають слабо вираженого рівнем) (таблиця 5.3).

Найбільш значущі відмінності ( $p < 0,001$ ) між середніми показниками, отриманими до і після курсу психоосвіти у хворих з провідним депресивно-параноїдним синдромом, були отримані за шкалами: «зменшення контактів», «пасивно-апатична соціальна відгороженість», «недостатність спонтанності мови», «іпохондричні ідеї», «депресія», «відхід у внутрішні і аутистичні переживання», «активний відхід від соціальних контактів» (у всіх випадках рівень середніх показників після курсу реабілітації відповідав мінімальній тяжкості); «Тривожність» (в діапазоні слабкої вираженості).

Найбільш високими середніми показниками на тлі проведеної психоосвітньої програми у хворих з провідним параноїдним синдромом залишалися: «порушення абстрактного мислення» ( $3,90 \pm 0,18$  бала за шкалою PANSS), «недостатність суджень і критики» ( $3,86 \pm 0,21$  бала), «порушення мислення за формою» ( $3,74 \pm 0,20$  бала), «неприродність змісту мислення» ( $3,59 \pm 0,21$  бала), «стереотипне мислення» ( $3,565 \pm 0,20$  бала), «сплощення афекту» ( $3,46 \pm 0,20$  бала) (таблиця 5.4).

Максимального зниження вираженості симптоматики вдалося досягти за шкалами: «активний відхід від соціальних контактів» і «зменшення контактів» (в обох випадках  $p < 0,001$ ).



Динаміка вираженості психопатологічної симптоматики при провідному депресивно-параноїдному синдромі (в балах за шкалою PANSS)

Шкали	До психоосвітніх програм	Після психоосвітніх програм	Достовірність відмінностей
P1	2,97±0,19	2,71±0,14	p > 0,05
P2	3,62±0,18	3,54±0,17	p > 0,05
P3	2,40±0,18	1,99±0,13	p > 0,05
P4	2,70±0,20	2,00±0,17	p < 0,05
P5	2,52±0,24	2,01±0,19	p > 0,05
P6	3,14±0,15	2,496±0,14	p < 0,01
P7	2,48±0,18	1,80±0,12	p < 0,01
N1	3,85±0,16	3,13±0,15	p < 0,01
N2	3,81±0,16	3,04±0,14	p < 0,01
N3	3,91±0,17	1,89±0,13	p < 0,001
N4	3,50±0,19	1,81±0,15	p < 0,001
N5	4,02±0,14	3,91±0,18	p > 0,05
N6	3,12±0,19	2,21±0,15	p < 0,001
N7	3,56±0,18	3,49±0,15	p > 0,05
G1	3,21±0,20	2,11±0,19	p < 0,001
G2	3,69±0,19	2,80±0,16	p < 0,001
G3	2,54±0,23	2,01±0,19	p > 0,05
G4	2,92±0,20	1,98±0,15	p < 0,01
G5	2,61±0,21	2,58±0,19	p > 0,05
G6	3,51±0,19	2,01±0,18	p < 0,001
G7	2,82±0,21	1,97±0,15	p < 0,01
G8	2,81±0,17	2,00±0,12	p < 0,01
G9	3,09±0,16	3,01±0,12	p > 0,05
G10	2,17±0,17	1,78±0,17	p > 0,05
G11	3,36±0,14	2,75±0,18	p < 0,05
G12	3,93±0,12	3,93±0,13	p > 0,05
G13	3,41±0,15	2,89±0,14	p < 0,05
G14	2,91±0,21	1,91±0,17	p < 0,01
G15	3,420±0,200	2,01±0,14	p < 0,001
G16	3,486±0,204	1,99±0,15	p < 0,001

Динаміка вираженості психопатологічної симптоматики при провідному параноїдному синдромі (в балах за шкалою PANSS)

Шкали	До психоосвітніх програм	Після психоосвітніх програм	Достовірність відмінностей
P1	3,37±0,34	2,99±0,21	p > 0,05
P2	3,81±0,19	3,74±0,20	p > 0,05
P3	2,94±0,29	2,12±0,221	p < 0,05
P4	2,78±0,21	2,0±0,17	p < 0,05
P5	2,78±0,27	2,1±0,18	p > 0,05
P6	3,17±0,17	2,5±0,13	p < 0,01
P7	2,48±0,20	1,7±0,15	p < 0,05
N1	3,78±0,24	3,4±0,20	p > 0,05
N2	3,52±0,21	3,2±0,17	p > 0,05
N3	3,78±0,17	2,0±0,14	p < 0,001
N4	3,64±0,18	2,9±0,16	p < 0,01
N5	3,94±0,20	3,90±0,18	p > 0,05
N6	3,41±0,25	2,31±0,18	p < 0,01
N7	3,60±0,18	3,56±0,203	p > 0,05
G1	3,11±0,24	2,21±0,154	p < 0,01
G2	3,26±0,27	2,71±0,19	p > 0,05
G3	2,30±0,22	2,17±0,21	p > 0,05
G4	2,86±0,21	2,06±0,16	p < 0,05
G5	2,70±0,26	2,56±0,21	p > 0,05
G6	3,31±0,28	2,11±0,17	p < 0,01
G7	2,52±0,21	1,91±0,17	p < 0,05
G8	2,63±0,17	1,95±0,18	p < 0,05
G9	3,61±0,23	3,59±0,21	p > 0,05
G10	2,05±0,21	1,84±0,17	p > 0,05
G11	3,401±0,208	2,81±0,15	p < 0,05
G12	3,871±0,206	3,86±0,21	p > 0,05
G13	3,652±0,195	2,885±0,18	p < 0,05
G14	2,649±0,321	1,953±0,26	p > 0,05
G15	3,352±0,262	2,128±0,19	p < 0,01
G16	3,74±0,20	1,87±0,15	p < 0,001

Згідно з отриманими в ході роботи даними на I етапі дослідження (до початку лікування за запропонованою комплексною системою терапії) середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS складав в основній групі –  $26,4 \pm 4,3$ , в контрольній –  $26,6 \pm 4,2$  бали; середній сумарний бал за негативними шкалами - в основній групі –  $25,3 \pm 3,9$ ; у контрольній –  $25,4 \pm 4,2$  бали; середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень складав в основній групі –  $52,1 \pm 9,1$ , в контрольній –  $52,3 \pm 9,0$  балів.

На II етапі дослідження (після завершення програми) сумарний бал за позитивними шкалами PANSS склав  $6,7 \pm 1,5$  балів у хворих основної групи та  $7,1 \pm 1,3$  балів у хворих контрольної групи; за негативними шкалами  $7,6 \pm 1,1$  та  $7,9 \pm 1,6$  балів, відповідно; за шкалами загально-психопатологічних порушень  $7,7 \pm 2,9$  балів у хворих основної та  $18,1 \pm 6,8$  балів у хворих контрольної груп.

Рівень виразності в позитивних симптомів знизився у  $71,3 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $68,9 \pm 1,7\%$  хворих контрольної групи; негативних симптомів знизився у  $67,1 \pm 1,6\%$  та у  $62,1 \pm 1,4\%$  хворих відповідно; загально-психопатологічних симптомів в основній групі знизився у  $66,9 \pm 1,6\%$ , контрольній – у  $61,7 \pm 1,6\%$ , рівень виразності загального балу за шкалою PANSS в основній групі знизився у  $67,1 \pm 1,6\%$  хворих, в контрольній – у  $62,9 \pm 1,4\%$ . (рис.5.2).

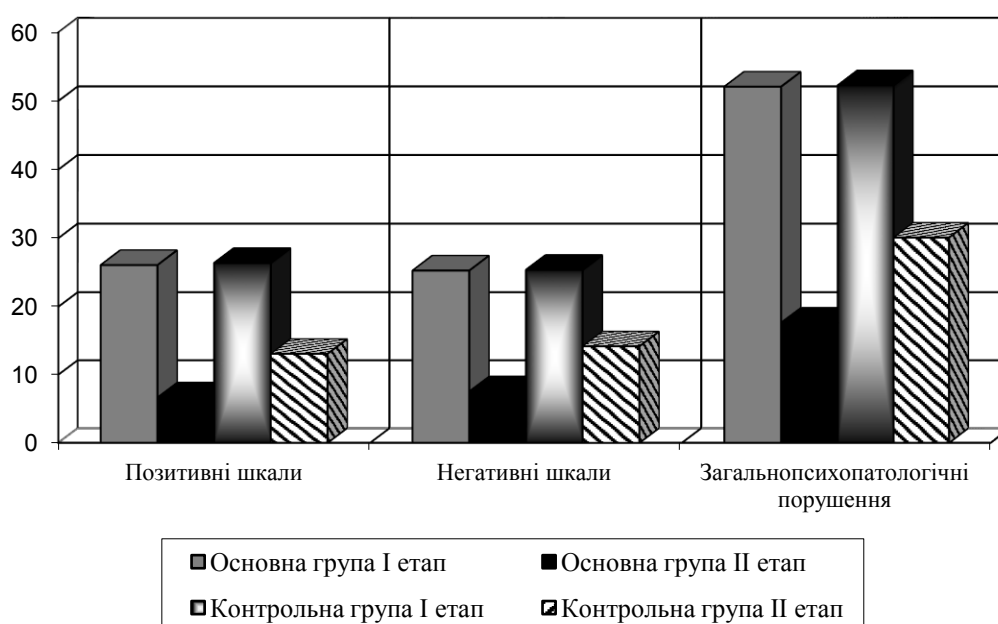


Рисунок 5. 2. Динаміка показників шкали PANSS у обстежених хворих під впливом психоосвіти

## Висновки до розділу 5

Як показав аналіз ефективності запропонованої програми на тлі використання антипсихотиків у сполученні з психоосвітньою програмою у 79,2±1,8% хворих основної та 68,6±1,6% контрольної груп відмічалось покращення психічного стану, сумарний бал за позитивними шкалами PANSS склав 6,7±1,5 балів у хворих основної групи та 7,1±1,3 балів у хворих контрольної групи; за негативними шкалами 7,6±1,1 та 7,9±1,6 балів, відповідно; за шкалами загально-психопатологічних порушень 17,7±2,9 балів у хворих основної та 18,1±6,8 балів у хворих контрольної груп.

Аналіз впливу комплексної терапії з використанням психоосвітньої програми показав позитивну динаміку рівня соціального функціонування хворих на шизофренію: зниження рівня загальної поведінкової дисфункції (49,4±1,5% хворих основної та 46,2±1,4% контрольній груп); зниження рівня дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві (65,1±1,8% і 61,3±1,6% відповідно); покращення функціонування пацієнтів у лікарні (63,7±1,7% хворих основної та у 59,5±1,6% контрольної груп); підвищення рівня модифікуючих чинників (69,5±1,9% і 65,4±1,8% відповідно).

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора [206 - 211].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ,  
ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ, ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ТА СІМЕЙНОЇ  
ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ  
ПСИХООСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ

Як показали результати вивчення соціального функціонування хворих на шизофренію на першому етапі дослідження у обстежених хворих відмічалися порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві: очевидна –  $24,2 \pm 0,8$  %, серйозна –  $26,5 \pm 0,9$  %, та дуже серйозна –  $28,1 \pm 1,0$  % дисфункція; порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві: очевидна –  $24,8 \pm 0,8$  %, серйозна –  $27,4 \pm 0,9$  %, дуже серйозна –  $28,6 \pm 0,8$  % дисфункція; порушення функціонування пацієнтів у лікарні: без дисфункції -  $2,4 \pm 0,1$  %, мінімальна дисфункція –  $10,9 \pm 0,5$  %, очевидна –  $27,1 \pm 0,9$  %, серйозна –  $33,5 \pm 1,1$  %, дуже серйозна –  $25,9 \pm 0,8$  %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих (позитивні якості пацієнта, особливі завади, домашню атмосферу, підтримку ззовні): без дисфункції -  $3,4 \pm 0,1$  %, мінімальна дисфункція –  $13,1 \pm 0,4$  %, очевидна –  $25,6 \pm 0,8$  %, серйозна –  $24,1 \pm 0,7$  %, дуже серйозна –  $34,2 \pm 1,1$  % обстежених (табл.6.1).

Таблиця 6.1

Рівень соціального функціонування хворих на шизофренію на I та II етапі  
дослідження (%)

	I етап	II етап ОГ	II етап КГ
Порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві			
Без дисфункції	$3,1 \pm 0,1$	$29,1 \pm 1,1$	$23,5 \pm 0,8$
Мінімальна дисфункція	$18,1 \pm 0,5$	$25,4 \pm 0,9$	$22,9 \pm 0,8$
Очевидна	$24,2 \pm 0,8$	$16,7 \pm 0,4$	$14,2 \pm 0,5$
Серйозна	$26,5 \pm 0,9$	$17,4 \pm 0,5$	$15,8 \pm 0,5$
Дуже серйозна	$28,1 \pm 1,0$	$11,4 \pm 0,5$	$23,6 \pm 0,5$

	I етап	II етап ОГ	II етап КГ
Порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві			
Без дисфункції	2,9±0,1	28,2±1,1	6,8±0,2
Мінімальна дисфункція	16,3±0,4	29,9±1,1	23,5±1,1
Очевидна	24,8±0,8	17,9±0,5	22,1±1,1
Серйозна	27,4±0,9	14,6±0,5	25,4±1,2
Дуже серйозна	28,6±0,8	9,4±0,4	22,2±1,1
Порушення функціонування пацієнтів у лікарні			
Без дисфункції	2,4±0,1	24,6±1,1	20,1±1,0
Мінімальна дисфункція	10,9±0,5	22,4±1,1	20,1±0,9
Очевидна	27,1±0,9	19,9±0,6	23,4±1,1
Серйозна	33,5±1,1	22,4±1,1	25,1±1,2
Дуже серйозна	25,9±0,8	10,7±0,5	11,3±0,5
Дисфункція модифікуючих чинників у хворих			
Без дисфункції	3,4±0,1	25,6±1,2	12,3±0,5
Мінімальна дисфункція	13,1±0,4	22,1±1,1	19,8±0,6
Очевидна	25,6±0,8	11,2±0,5	14,1±0,5
Серйозна	24,1±0,7	13,2±0,5	22,3±1,1
Дуже серйозна	34,2±1,1	27,9±1,3	31,5±1,7

Зниження загального рівня СФ у обстеженого контингенту проявлялося в першу чергу дисфункцією соціальних ролей, які вимагали достатнього рівня самостійності і незалежності хворого.

На тлі використання розробленої комплексної програми встановлено зниження рівня загальної поведінкової дисфункції у суспільстві у 49,4±1,5%

хворих основній групі;  $46,2 \pm 1,4\%$  контрольній; зниження дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві – у  $65,1 \pm 1,8\%$  і  $61,3 \pm 1,6\%$  відповідно; покращення функціонування пацієнтів у лікарні – у  $63,7 \pm 1,7\%$  хворих основної та у  $59,5 \pm 1,6\%$  контрольної груп; підвищення рівня модифікуючих чинників у  $69,5 \pm 1,9\%$  і  $65,4 \pm 1,8\%$  хворих відповідно (рис. 6.1).

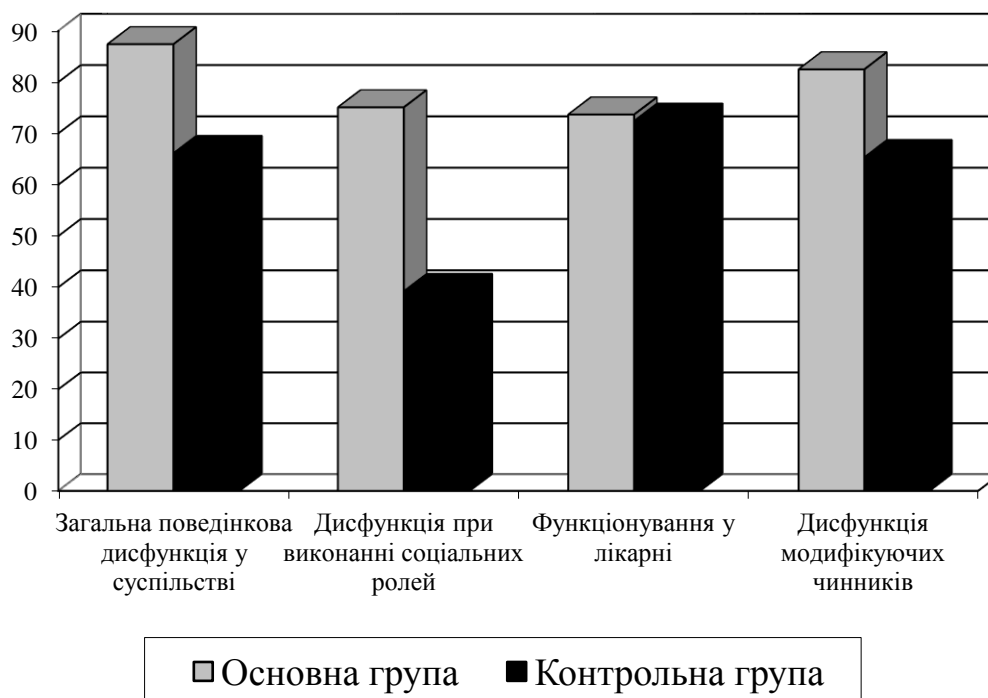


Рисунок 6.1. Покращення рівня соціального функціонування хворих на шизофренію під впливом психоосвіти (%)

Отримані дані свідчать про те, що комплексний підхід в терапії шизофренії, який включав в себе психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків в поєднанні з психоосвітніми тренінгами, призводить до відновлення соціальної активності та успішної ресоціалізації хворих. Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, підсилює впевненість в боротьбі з хворобою, але і вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Як показав аналіз особливостей ставлення до хвороби на I етапі дослідження у всіх обстежених хворих виявлено переважання дисгармонійного ставлення до хвороби: іпохондричний тип реагування відмічався у  $18,3 \pm 0,9\%$  обстежених

хворих основної групи та у  $17,9 \pm 0,8\%$  контрольної групи, неврастенічний - у  $17,7 \pm 0,8\%$  обстежених основної та  $17,9 \pm 0,8\%$  контрольної груп, тривожний - у  $21,4 \pm 1,0\%$  та  $21,3 \pm 1,0\%$  відповідно, анозогностичний - у  $13,2 \pm 0,7\%$  обстежених основної та  $13,4 \pm 0,7\%$  контрольної груп, егоцентричний - у  $8,6 \pm 0,4\%$  та  $8,3 \pm 0,4\%$  відповідно, меланхолійний - у  $7,1 \pm 0,4\%$  обстежених основної та  $7,4 \pm 0,4\%$  контрольної груп, сенситивний - у  $5,8 \pm 0,3\%$  та  $6,0 \pm 0,3\%$  відповідно, ергопатичний у  $4,8 \pm 0,3\%$  хворих основної та  $4,9 \pm 0,3\%$  контрольної груп, гармонійний - у  $3,1 \pm 0,2\%$  та  $2,9 \pm 0,2\%$  відповідно. Таким чином, для обстежених хворих до початку лікування за запропонованою комплексною схемою терапії були притаманні виражена пригніченість захворюванням, невіра в одужання та ефективність лікування; втрата інтересу до життя, бездіяльність, апатія в міжособистісних відносинах; підвищена тривожність, настороженість, надмірне зосередження на хворобливих відчуттях. При цьому  $65,4 \pm 1,8\%$  хворих, які нами низький рівень інформованості про хворобу ставилися до лікування негативно або нейтрально.

Інтерпретація профілю шкальних оцінок дозволила виділити специфічні особливості особистісної адаптації пацієнтів на першому етапі дослідження, які полягають в інтрапсихичній спрямованості особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації пацієнтів з цими типами реагування.

Для обстежених хворих характерна виражена пригніченість хворобою ( $65,4 \pm 2,3\%$ ); невіра в одужання, в ефект лікування ( $67,3 \pm 2,3\%$ ); втрата інтересу до життя ( $43,1 \pm 1,9\%$ ); млявість і апатія в поведінці діяльності і міжособистісних відносинах ( $39,8 \pm 1,2\%$ ); тривожний настрій ( $71,1 \pm 2,4\%$ ); надмірне зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях ( $76,4 \pm 2,5\%$ ).

При цьому рівень інформованості про хворобу виявився пов'язаним із характером виконання лікарських призначень і ставленням до лікування:  $61,4\%$  хворих, які не мали уявлення про особливості своєї хвороби, ставилися до лікування негативно або нейтрально.

На II етапі дослідження відмічено позитивні зміни типів ставлення до хвороби у хворих основної групи, а саме підвищення показників гармонійного у  $50,1 \pm 1,5\%$



та ергопатичногоу  $18,6 \pm 0,9\%$  типів у порівнянні із  $39,3 \pm 1,3\%$  та  $9,6 \pm 0,4\%$  відповідно у хворих контрольної групи (рис. 6.2).

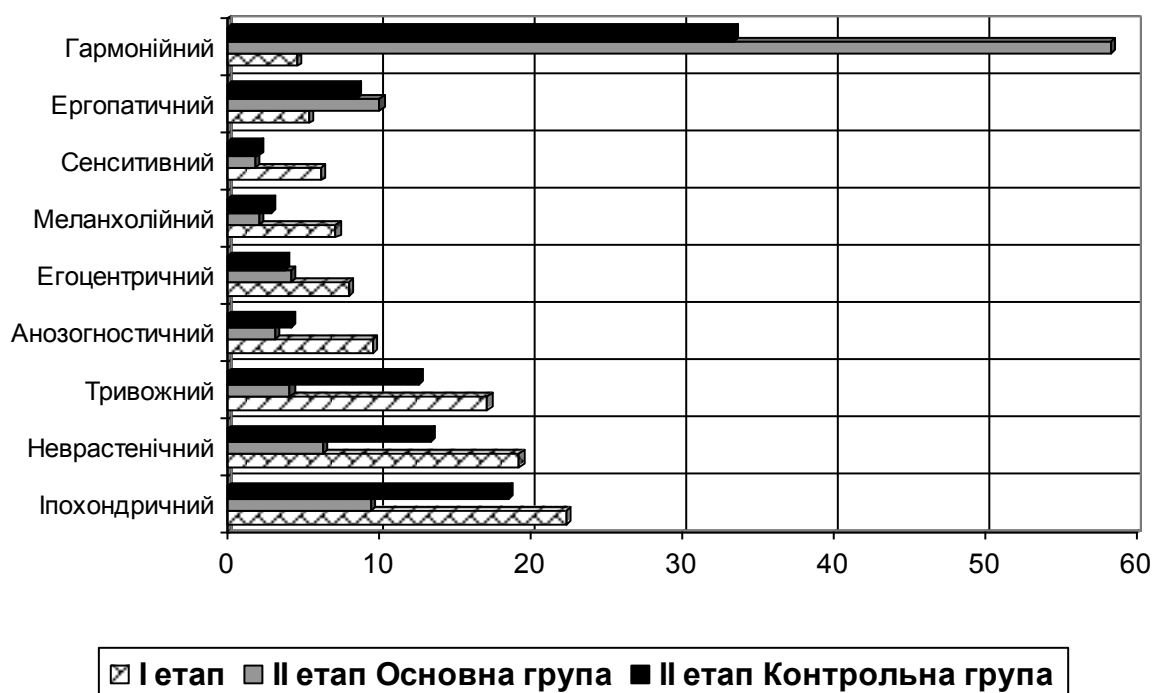


Рисунок 6.2. Динаміка типів ставлення до хвороби обстежених хворих гслі впливом психоосвіти (%)

Пацієнти основної групи починали адекватно брати участь в терапевтичних заходах, дотримувалися призначеного лікарем режиму, прагнули подолати захворювання, активізувалося їх соціальне функціонування і прагнення продовжувати працювати.

У хворих основної групи на тлі проведення психоосвітньої програми відмічено відновлення соціального функціонування за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, усвідомлення своєї ролі та відповідальності за ефективність лікування, сприйняття себе як особистості, здатності впоратися з проблемами, що зумовлені хворобою

При аналізі особливостей ставлення членів сім'ї до захворювання на шизофренію їх родича виявлені переважання драматизуючого ( $52,2 \pm 1,6\%$  обстежених основної та  $52,9 \pm 1,6\%$  контрольної груп) та негативного (деструктивного) ставлення ( $37,5 \pm 1,3\%$  та  $37,2 \pm 1,3\%$  відповідно).

Драматизуюче ставлення характеризувалося переоцінкою членами сім'ї важкості хвороби і супроводжувалося неспокоєм, розгубленістю, почуттям провини та недовірою до лікарів, очікуванням негативних наслідків захворювання, низькою готовністю допомагати хворому дотримуватися терапевтичного режиму. При негативному (деструктивному) ставленні відмічалось нерозуміння або ігнорування хвороби, ставленням до неї як до перешкоди розвитку сім'ї і якості життя; самоусуненням від активної участі у долі пацієнта, безконтрольністю і невірою в позитивну терапевтичну перспективу.

При аналізі рівнів показників шкали сімейної підтримки хворих встановлено переважання обмеженого рівня ( $37,7 \pm 1,3\%$  обстежених основної та  $37,9 \pm 1,3\%$  контрольної груп), для якого були притаманні зниження зацікавленості, мотивацій та реальних можливостей для надання в сім'ї повноцінної підтримки хворому та низького рівня ( $37,1 \pm 1,3\%$  та  $36,9 \pm 1,2\%$  відповідно) – який характеризувався дисбалансом між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї і необхідністю піклуватися і підтримувати хворого родича.

На тлі проведення психоосвітньої програми в сім'ях пацієнтів основної групи відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби ( $68,2 \pm 1,8\%$  обстежених основної та  $39,8 \pm 1,3\%$  контрольної груп), повним розумінням складності захворювання, концептуалізації хвороби, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, реальними очікуваннями від лікування. Сім'я намагалася прийняти факт захворювання, пов'язані з ним проблеми і займала активну, конструктивну позицію в лікуванні та реабілітації пацієнта (рис. 6.3).

В сім'ях переважав високий рівень показників шкали сімейної підтримки ( $66,7 \pm 1,8\%$  та  $34,9 \pm 1,3\%$  хворих основної та контрольної груп відповідно), який характеризувався позитивним ставленням членів сім'ї до необхідності і можливості емоційної і соціальної підтримки пацієнта, готовність до співпраці і конструктивного вирішення нових завдань у повсякденному житті, визнання кордонів своїх можливостей без ілюзій і невиправданих очікувань (рис. 6.4).

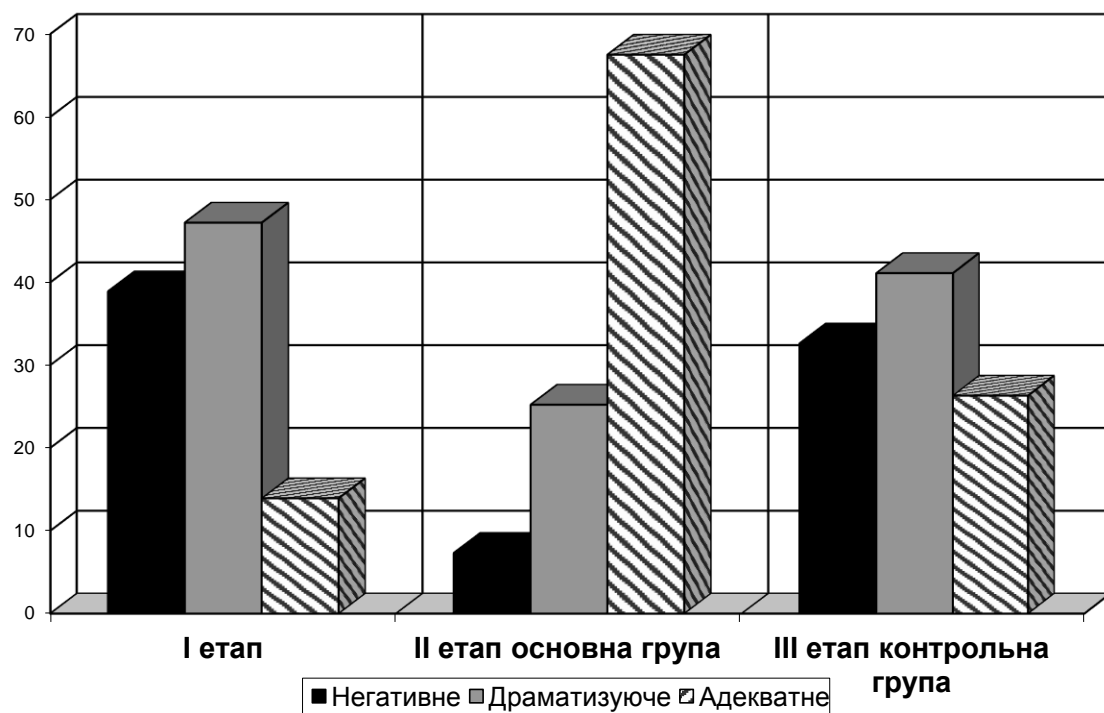


Рисунок 6.3 Динаміка ставлення членів сім'ї до захворювання на шизофренію та тлі психоосвіти (%)

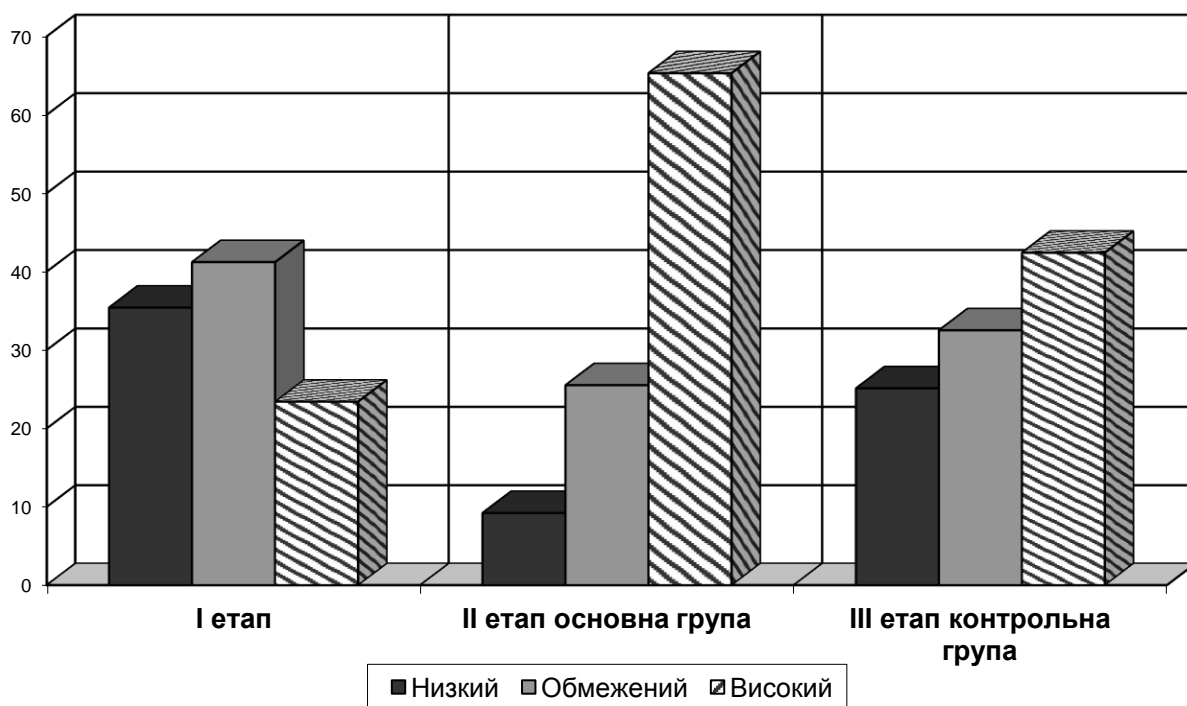


Рисунок 6.4 Динаміка рівнів сімейної підтримки хворих на шизофренію на тлі психоосвіти (%)

Поняття "якість життя" виникло в 1964 році. У клінічній медицині цей термін почали застосовувати з 1977 р, після його появи в Index Medicus. З цього часу інтерес до якості життя хворих неухильно зростає. ВООЗ дала визначення якості життя, під яким розуміється "сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури та систем цінностей, в яких вони живуть, відповідно до їх цілей, очікувань, стандартів та турбот".

У ході роботи з позиції тріалогу була проведена оцінка якості життя хворих на шизофренію (за Н. О. Марутою, 2004). Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя на I етапі дослідження найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка ( $15,2 \pm 0,6\%$  обстежених основної та  $14,8 \pm 0,6\%$  контрольної груп); фізичне благополуччя та працездатність ( $11,2 \pm 0,4\%$  та  $11,1 \pm 0,4\%$  відповідно); суспільна і службова підтримка ( $14,6 \pm 0,5\%$  обстежених основної та  $14,8 \pm 0,5\%$  контрольної груп); самообслуговування та незалежність у діях ( $10,1 \pm 0,4\%$  та  $9,8 \pm 0,4\%$  відповідно); самореалізація ( $8,1 \pm 0,3\%$  обстежених основної та  $7,8 \pm 0,3\%$  контрольної груп); між особиста взаємодія ( $8,5 \pm 0,3\%$  та  $8,1 \pm 0,3\%$  відповідно); психологічне, емоційне благополуччя ( $6,9 \pm 0,2\%$  обстежених основної та  $7,1 \pm 0,3\%$  контрольної груп; загальне сприйняття якості життя ( $25,4 \pm 1,2\%$  та  $26,5 \pm 1,2\%$  відповідно)

На тлі проведення розробленої системи терапії із використанням психоосвітньої програми показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на  $42,1 \pm 1,6\%$ ; у контрольній – у середньому на  $31,4 \pm 1,3\%$ . (рис.6.5).

Отримані дані дозволили нам визначити основні напрямки психокорекційної роботи з обстеженими хворими. У роботі з хворими нами використовувалися цілеспрямовані психологічні бесіди. Лікувальний діалог включав в себе діалектику при конструктивному обговоренні стану хворого. Бесіда носила селективний інформаційно надлишковий характер і закінчувалася короткої оптимістично зарядженим формулюванням лікаря, що відноситься до загального самопочуття пацієнта, його настрою.

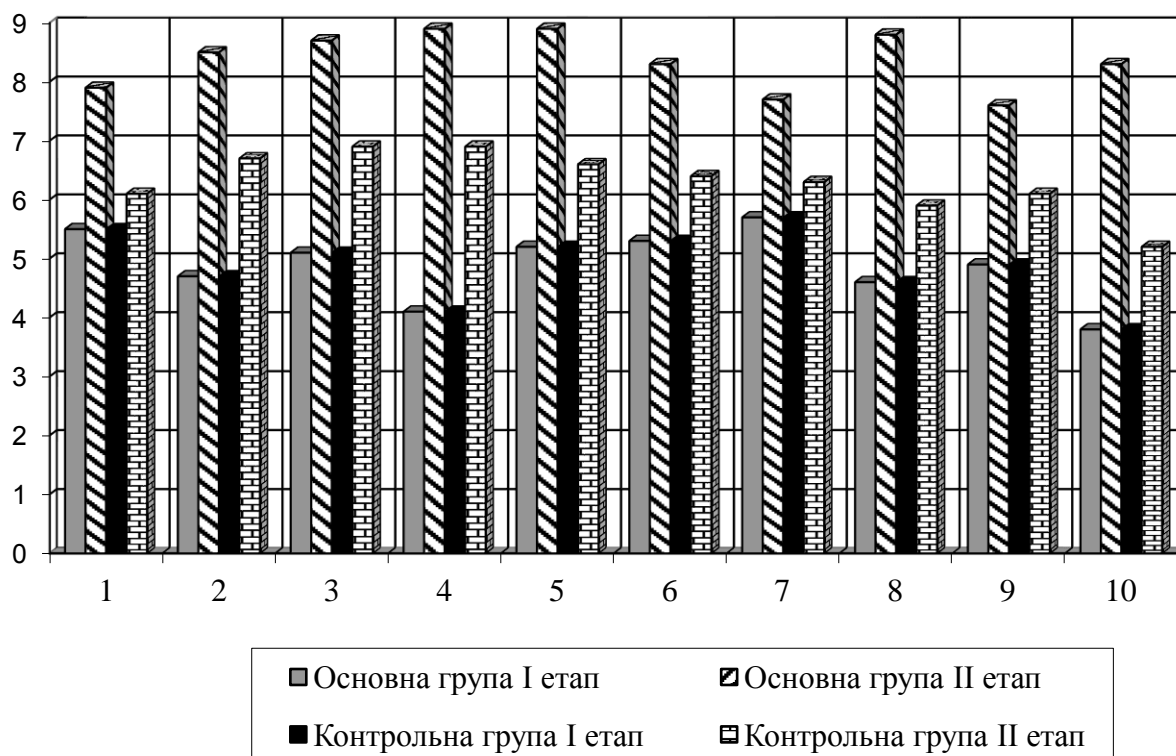


Рисунок 6.5. Динаміка рівня якості життя у обстежених хворих на шизофренію

Умовні позначення шкал: 1 - фізичне благополуччя; 2 - психологічне благополуччя; 3 - самообслуговування і незалежність дій; 4 – працездатність; 5 - міжособистісна взаємодія; 6 - соціо-емоційна підтримка; 7 - громадська та службова підтримка; 8 - особистісна реалізація; 9 - духовна реалізація; 10 - загальне сприйняття якості життя

Також проводилися з деякими змінами і наступні бесіди, в тому числі і під час обходів. Основною метою психокорекційних заходів було виховання у хворого правильного ставлення до захворювання і до необхідності регулярного і тривалого лікування. Пояснювалася необхідність вироблення правильного ставлення до різних життєвих негод, "несправедливостей", труднощів побуту і вміння володіти собою, своїми емоціями. Вселялась впевненість в поліпшенні стану і стійкій ремісії за умови точного виконання лікарських призначень і дотримання режиму праці та відпочинку.

Одночасно навколо хворого робилися спроби створити необхідну психологічно щадну атмосферу, налагодити соціальні зв'язки та залучити близьких людей до вирішення конфліктів, що мали місце в побуті і усунення психотравмуючих ситуацій.

Для хворих з провідним депресивно-параноїдним синдромом було характерно значне підвищення показників за параметрами: особистісна реалізація ( $p < 0,01$ ), фізичне благополуччя, психологічне (емоційне) благополуччя, міжособистісна взаємодія, особистісна реалізація (у всіх випадках  $p < 0,05$ ).

Статистично значуща позитивна динаміка задоволеністю якістю життя у хворих з провідним параноїдним синдромом реєструвалася за соціо-емоційною підтримкою та особистісною реалізацією (в обох випадках  $p < 0,05$ ) (табл. 6.2).

За результатами катамнестичних спостережень у  $50,2 \pm 1,6\%$  хворих основної та  $37,7 \pm 1,4\%$  контрольної груп був досягнутий стійкий терапевтичний ефект, який зберігався протягом 1,5 років, у  $27,7 \pm 1,1\%$  та  $29,9 \pm 1,2\%$  хворих відповідно стан залишався без динаміки та у  $22,1 \pm 1,0\%$  хворих основної та  $32,4 \pm 1,4\%$  хворих контрольної груп реєструвалася госпіталізація в зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були: стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Таким чином, як показали результати дослідження комплексний підхід в терапії шизофренії, який включав в себе психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, призводить до відновлення соціальної активності і успішної ре соціалізації хворих, що, в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує об'єм знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

**Розподіл показників якості життя у обстежених хворих в залежності від провідного синдрому під впливом психоосвіти (в балах)**

Шкали	Апато- абуличний синдром	Галюцинаторно- параноїдний синдром	Депресивно- параноїдний синдром	Параноїдний синдром
1	6,656±0,432	6,728±0,513	6,735±0,507*	6,647±0,491
2	7,234±0,410*	7,431±0,417*	6,264±0,427*	6,775±0,472
3	7,545±0,502	7,278±0,511	7,047±0,449	7,218±0,461
4	6,912±0,408*	6,573±0,534	6,341±0,422	6,717±0,420
5	7,741±0,481	7,946±0,502	7,818±0,435*	8,012±0,432
6	8,257±0,448*	8,211±0,432	7,935±0,512**	8,271±0,312*
7	5,761±0,510	6,560±0,498	5,821±0,520	6,015±0,513
8	7,004±0,561	6,998±0,341*	6,718±0,412*	6,917±0,328*
9	7,107±0,452	7,014±0,473	6,522±0,427	7,200±0,429
10	6,678±0,501	7,135±0,512	6,547±0,497*	6,342±0,450

*Умовні позначення шкал:*

1. Фізичне благополуччя.
2. Психологічне (емоційне) благополуччя.
3. Самообслуговування і незалежність дій.
4. Працездатність.
5. Міжособистісна взаємодія.
6. Соціо-емоційна підтримка.
7. Громадська та службова підтримка.
8. Особистісна реалізація.
9. Духовна реалізація.
10. Загальне сприйняття якості життя.

\* - значимість відмінностей з показниками до курсу реабілітації  $p < 0,05$

\*\* - значимість відмінностей з показниками до курсу реабілітації  $p < 0,01$

Критеріями ефективності були: стійкість ремісії, частота госпіталізацій, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану (табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Динаміка стану обстежених хворих під впливом психоосвітніх програм за даними катамнезу (%)

Група обстежених	Покращення стану	Без динаміки	Рецидив
Основна	50,2±1,6	27,7±1,1	22,1±1,0
Контрольна	37,7±1,4	29,9±1,2	32,4±1,4

Висновки до розділу 6.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід до терапії шизофренії, який включав в себе психофармакотерапію з використанням атипичних нейролептиків в поєднанні з психоосвітніми тренінгами, призводить до відновлення соціальної активності та успішної ресоціалізації хворих.

Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, підсилює впевненість в боротьбі з хворобою, але і вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора [211-220].



## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У ході роботи за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було проведено комплексне обстеження 159 хворих, обох статей, з встановленим діагнозом шизофренія параноїдна форма (F20) та 66 членів їх родин. Тривалість захворювання на параноїдну шизофренію у обстежених хворих складала  $5,0 \pm 3,4$  років.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 94 особи, обох статей (53 жінки, 41 чоловік), у віці  $35,9 \pm 4,8$  років. В контрольну групу увійшли 65 хворих, обох статей (37 жінок, 28 чоловіків), у віці  $35,7 \pm 3,9$  років, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Клінічні варіанти структури параноїдної форми шизофренії у обстежених хворих представлені трьома провідними психопатологічними синдромами: галюцинаторно-параноїдним ( $37,8 \pm 1,3\%$  хворих основної та  $37,6 \pm 1,2\%$  контрольної груп), депресивно-параноїдним ( $32,8 \pm 1,1\%$  та  $32,8 \pm 1,1\%$  відповідно) та апато-абулічним ( $29,4 \pm 0,9\%$  хворих основної та  $29,6 \pm 0,9\%$  контрольної груп).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей продуктивної симптоматики показав переважання в структурі клінічних проявів маячних ідей ( $88,3 \pm 2,3\%$  хворих основної та  $87,9 \pm 2,2\%$  контрольної груп), структурно-логічних порушень мислення ( $60,3 \pm 1,8\%$  та  $59,8 \pm 1,7\%$  відповідно) та псевдогалюцинацій ( $61,5 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $65,9 \pm 1,9\%$  контрольної груп). Виявлені клініко-психопатологічні характеристики підтверджувалися даними шкали PANSS які свідчили про переважання помірного та вираженого ступеню проявів марення ( $64,1 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $63,9 \pm 1,7\%$  контрольної груп), галюцинаторної поведінки ( $49,3 \pm 1,4\%$  та  $51,8 \pm 1,6\%$  відповідно) та підозрливості ( $51,3 \pm 1,6\%$  хворих основної та  $51,0 \pm 1,6\%$  контрольної груп).

Серед клінічних проявів негативної симптоматики відзначалося переважання притуплення емоцій ( $79,2 \pm 1,9\%$  хворих основної та  $78,9 \pm 1,8\%$  контрольної груп), зниження активності ( $68,3 \pm 1,6\%$  та  $68,8 \pm 1,6\%$  відповідно), загальмованість ( $43,2 \pm 1,1\%$  хворих основної та  $43,9 \pm 1,2\%$  контрольної груп), соціальна відгородженість ( $73,5 \pm 1,6\%$  та  $72,8 \pm 1,5\%$  відповідно). Дані за шкалою PANSS свідчили про домінування емоційної відгородженості ( $69,1 \pm 1,7\%$  хворих основної та  $68,9 \pm 1,6\%$  контрольної груп) та сплюснення афекту ( $59,5 \pm 1,3\%$  та  $59,8 \pm 1,3\%$  відповідно).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів загально психопатологічної симптоматики були тривожно-депресивна симптоматика ( $65,3 \pm 1,7\%$  хворих основної та  $64,9 \pm 1,6\%$  контрольної груп), зниження рівня інтересів, занурення в свої психопатологічні переживання ( $41,5 \pm 1,2\%$  та  $40,8 \pm 1,1\%$  відповідно), соціальна відгородженість та порушення критики по відношенню до хвороби ( $59,5 \pm 1,3\%$  хворих основної та  $60,0 \pm 1,4\%$  контрольної груп). За шкалою PANSS переважали емоційно-вольові порушення ( $58,6 \pm 1,3\%$  та  $58,8 \pm 1,3\%$  відповідно).

Порівняльний аналіз структури провідних синдромів показав, що в групі хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом найбільш вираженою була позитивна симптоматика ( $47,9 \pm 1,2\%$  хворих основної та  $51,1 \pm 1,4\%$  контрольної груп), з провідним депресивно-параноїдним синдромом загально психопатологічна симптоматика ( $52,1 \pm 1,3\%$  та  $51,8 \pm 1,2\%$  відповідно), з провідним апато-абулічним синдромом - негативна ( $49,9 \pm 1,1\%$  хворих основної та  $50,1 \pm 1,2\%$  контрольної груп).

Усі обстежені хворі отримували фармакотерапію та психотерапію в залежності від ведучого психопатологічного синдрому, хворим основної групи у комплекс лікувальних заходів була включена спеціально розроблена психоосвітня програма.

Фармакотерапія включала застосування при галюцинаторно-параноїдному синдромі – рисперидону, при депресивно-параноїдному синдромі кветіапіну та при апато-абулічному синдромі – аріпіпразолу.

Психотерапевтичний комплекс включав використання індивідуальної та групової когнітивно-поведінкової терапії (Beck A. T., 2006), сімейної терапії (Ейдмиллер Э. Г., 2003) раціональної психотерапії П. Дюбуа (1912).

Після фармакологічної стабілізації психічного стану (зниження рівня вираженості психопатологічної симптоматики), за умови відсутності гострої психотичної симптоматики з хворими основної групи проводилася психоосвіта.

Базуючись на отриманих даних нами розроблена психоосвітня програма для хворих на шизофренію та їх родичів в основу якої покладено принцип диференційованого підходу та принцип партнерства медичного персоналу та хворого.

Психоосвітня програма включала комплексне використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н. О. з співавт., 2010), тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусій.

Розроблена нами психоосвітня програма в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію була диференційована для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу

На рівні первинної медичної допомоги психоосвітню програму проводить лікар загальної практики – сімейної медицини. При наданні вторинної та третинної медичної допомоги психоосвітня програма реалізується за участю мультидисциплінарної бригади (лікар психіатр, лікар психотерапевт, медичний психолог, медична сестра, соціальний робітник)

Психоосвітні заняття з хворими на шизофренію на вторинному і третинному рівнях проводилися в закритих гендерно-диференційованих групах, з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Психоосвітній модуль складався з 14 занять, тривалістю 1 година з частотою 2 рази на тиждень.

Для родичів хворих проводився цикл з 5 групових психоосвітніх занять, тривалістю 1,5 години з частотою 1 раз на тиждень.

Оцінка ефективності розробленої комплексної програми терапії шизофренії з використанням фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти здійснювалася у співставленні з використанням фармакотерапії та психотерапії на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих та якості їх життя.

Як, показав аналіз ефективності запропонованої програми на тлі використання антипсихотиків у сполученні з психоосвітньою програмою відмічається якісна редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, відновлення їх психосоціального функціонування хворих.

Згідно з отриманими в ході роботи даними у  $79,2 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $68,6 \pm 1,6\%$  контрольної груп відмічалось покращення психічного стану, у  $20,4 \pm 0,7\%$  і  $29,8 \pm 0,9\%$  хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у  $0,4 \pm 0,1\%$  обстежених основної та  $1,6 \pm 0,3\%$  контрольної груп відзначалася негативна динаміка.

На I етапі дослідження (до початку лікування за запропонованою комплексною системою терапії) середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS складав в основній групі –  $26,4 \pm 4,3$ , в контрольній –  $26,6 \pm 4,2$  бали; середній сумарний бал за негативними шкалами - в основній групі –  $25,3 \pm 3,9$ ; у контрольній –  $25,4 \pm 4,2$  бали; середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень складав в основній групі –  $52,1 \pm 9,1$ , в контрольній –  $52,3 \pm 9,0$  балів.

На II етапі дослідження (після завершення програми) сумарний бал за позитивними шкалами PANSS склав  $6,7 \pm 1,5$  балів у хворих основної групи та  $7,1 \pm 1,3$  балів у хворих контрольної групи; за негативними шкалами  $7,6 \pm 1,1$  та  $7,9 \pm 1,6$  балів, відповідно; за шкалами загально-психопатологічних порушень  $7,7 \pm 2,9$  балів у хворих основної та  $18,1 \pm 6,8$  балів у хворих контрольної груп.

Рівень виразності в позитивних симптомів знизився у  $71,3 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $68,9 \pm 1,7\%$  хворих контрольної групи; негативних симптомів знизився у  $67,1 \pm 1,6\%$  та у  $62,1 \pm 1,4\%$  хворих відповідно; загально-психопатологічних симптомів в основній групі знизився у  $66,9 \pm 1,6\%$ , контрольній – у  $61,7 \pm 1,6\%$ , рівень виразності загального балу за шкалою PANSS в основній групі знизився у  $67,1 \pm 1,6\%$  хворих, в контрольній – у  $62,9 \pm 1,4\%$ .

На тлі використання розробленої комплексної програми встановлено зниження рівня загальної поведінкової дисфункції у суспільстві у  $49,4 \pm 1,5\%$  хворих основній групі;  $46,2 \pm 1,4\%$  контрольній; зниження дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві – у  $65,1 \pm 1,8\%$  і  $61,3 \pm 1,6\%$  відповідно;

покращення функціонування пацієнтів у лікарні – у  $63,7 \pm 1,7\%$  хворих основної та  $59,5 \pm 1,6\%$  контрольної груп; підвищення рівня модифікуючих чинників у  $69,5 \pm 1,9\%$  і  $65,4 \pm 1,8\%$  хворих відповідно.

Як показав аналіз особливостей ставлення до хвороби на I етапі дослідження у всіх обстежених хворих виявлено переважання дисгармонійного ставлення до хвороби: іпохондричний тип реагування відмічався у  $18,3 \pm 0,9\%$  обстежених хворих основної групи та у  $17,9 \pm 0,8\%$  контрольної групи, неврастенічний - у  $17,7 \pm 0,8\%$  обстежених основної та  $17,9 \pm 0,8\%$  контрольної груп, тривожний - у  $21,4 \pm 1,0\%$  та  $21,3 \pm 1,0\%$  відповідно, анозогностичний - у  $13,2 \pm 0,7\%$  обстежених основної та  $13,4 \pm 0,7\%$  контрольної груп, егоцентричний - у  $8,6 \pm 0,4\%$  та  $8,3 \pm 0,4\%$  відповідно, меланхолійний - у  $7,1 \pm 0,4\%$  обстежених основної та  $7,4 \pm 0,4\%$  контрольної груп, сенситивний - у  $5,8 \pm 0,3\%$  та  $6,0 \pm 0,3\%$  відповідно, ергопатичний у  $4,8 \pm 0,3\%$  хворих основної та  $4,9 \pm 0,3\%$  контрольної груп, гармонійний - у  $3,1 \pm 0,2\%$  та  $2,9 \pm 0,2\%$  відповідно. Таким чином, для обстежених хворих до початку лікування за запропонованою комплексною схемою терапії були притаманні виражена пригніченість захворюванням, невіра в одужання та ефективність лікування; втрата інтересу до життя, бездіяльність, апатія в міжособистісних відносинах; підвищена тривожність, настороженість, надмірне зосередження на хворобливих відчуттях. При цьому  $65,4 \pm 1,8\%$  хворих, які нами низький рівень інформованості про хворобу ставилися до лікування негативно або нейтрально.

На II етапі дослідження відмічено позитивні зміни типів ставлення до хвороби у хворих основної групи, а саме підвищення показників гармонійного у  $50,1 \pm 1,5\%$  та ергопатичного у  $18,6 \pm 0,9\%$  типів у порівнянні із  $39,3 \pm 1,3\%$  та  $9,6 \pm 0,4\%$  відповідно у хворих контрольної групи.

У хворих основної групи на тлі проведення психоосвітньої програми відмічено відновлення соціального функціонування за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, усвідомлення своєї ролі та відповідальності за ефективність лікування, сприйняття себе як особистості, здатності впоратися з проблемами, що зумовлені хворобою

При аналізі особливостей ставлення членів сім'ї до захворювання на шизофренію їх родича виявлені переважання драматизуючого (52,2±1,6% обстежених основної та 52,9±1,6% контрольної груп) та негативного (деструктивного) ставлення (37,5 ±1,3% та 37,2±1,3% відповідно) у поєднанні з переважанням обмеженого (37,7±1,3% обстежених основної та 37,9±1,3% контрольної груп) та низького (37,1±1,3% та 36,9±1,2% відповідно) рівнів сімейної підтримки хворих.

На тлі проведення психоосвітньої програми в сім'ях пацієнтів основної групи відзначалося позитивна динаміка сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби (68,2±1,8% обстежених основної та 39,8±1,3% контрольної груп) у поєднанні з високим рівнем показників шкали сімейної підтримки (66,7±1,8% та 34,9±1,3% відповідно).

У ході роботи з позиції тріалогу була проведена оцінка якості життя хворих на шизофренію (за Н. О. Марутою, 2004). Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя на I етапі дослідження найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка (15,2±0,6% обстежених основної та 14,8±0,6% контрольної груп); фізичне благополуччя та працездатність (11,2±0,4% та 11,1±0,4% відповідно); суспільна і службова підтримка (14,6±0,5% обстежених основної та 14,8±0,5% контрольної груп); самообслуговування та незалежність у діях (10,1±0,4% та 9,8±0,4% відповідно); самореалізація (8,1±0,3% обстежених основної та 7,8±0,3% контрольної груп); між особиста взаємодія (8,5±0,3% та 8,1±0,3% відповідно); психологічне, емоційне благополуччя (6,9±0,2% обстежених основної та 7,1±0,3% контрольної груп; загальне сприйняття якості життя (25,4±1,2% та 26,5±1,2% відповідно)

На тлі проведення розробленої системи терапії із використанням психоосвітньої програми показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на 42,1±1,6%; у контрольній – у середньому на 31,4±1,3%.

За результатами катамнестичних спостережень у 50,2±1,6% хворих основної та 37,7±1,4% контрольної груп був досягнутий стійкий терапевтичний ефект, який зберігався протягом 1,5 років, у 27,7±1,1% та 29,9±1,2% хворих відповідно стан

залишався без динаміки та у  $22,1 \pm 1,0\%$  хворих основної та  $32,4 \pm 1,4\%$  хворих контрольної груп реєструвалася госпіталізація в зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були: стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі розробки психоосвітніх заходів в комплексному лікуванні хворих на шизофренію на основі вивчення їх клініко-психопатологічних особливостей, закономірностей психосоціального функціонування та якості життя.

2. Клінічні варіанти структури параноїдної форми шизофренії у обстежених хворих представлені трьома провідними психопатологічними синдромами: галюцинаторно-параноїдним ( $37,8 \pm 1,3\%$  хворих основної та  $37,6 \pm 1,2\%$  контрольної груп), депресивно-параноїдним ( $32,8 \pm 1,1\%$  та  $32,8 \pm 1,1\%$  відповідно) та апато-абулічним ( $29,4 \pm 0,9\%$  хворих основної та  $29,6 \pm 0,9\%$  контрольної груп). Позитивна симптоматика є найбільш вираженою у хворих з провідним галюцинаторно-параноїдним синдромом ( $47,9 \pm 1,2\%$  хворих основної та  $51,1 \pm 1,4\%$  контрольної груп), негативна симптоматика – у хворих з провідним апато-абулічним синдромом ( $49,9 \pm 1,1\%$  хворих основної та  $50,1 \pm 1,2\%$  контрольної груп), загальнопсихопатологічна симптоматика – у хворих з провідним депресивно-параноїдним синдромом ( $52,1 \pm 1,3\%$  та  $51,8 \pm 1,2\%$  відповідно).

3. Психоосвітня програма для хворих на параноїдну шизофренію та членів їх родин повинна включати п'ять етапів: вивчення інформаційного дефіциту; інформаційного; навчання навичкам «оволодіння»; відновлення особистісного і соціального ресурсу; відновлення сфери відповідальності. Психоосвітня програма включає до себе комплексне використання: інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії та проблемно-орієнтованих дискусій.

4. На первинному рівні медичної допомоги психоосвіта спрямована на зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигматизованості; контроль прихильності до лікування. На вторинному рівні – на вироблення комплаєнсу та прихильності до терапії; формування адекватного уявлення про захворювання;



залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта. На третинному рівні – напокращення якості життя та соціального функціонування хворого; навчання пацієнта та його родичів навичкам розпізнання релапсу; активне залучення пацієнтів та членів родини до процесу терапії.

5. Як показав аналіз ефективності запропонованої програми на тлі використання антипсихотиків у сполученні з психоосвітньою програмою у  $79,2 \pm 1,8\%$  хворих основної та  $68,6 \pm 1,6\%$  контрольної груп відмічалось покращення психічного стану, сумарний бал за позитивними шкалами PANSS склав  $6,7 \pm 1,5$  балів у хворих основної групи та  $7,1 \pm 1,3$  балів у хворих контрольної групи; за негативними шкалами  $7,6 \pm 1,1$  та  $7,9 \pm 1,6$  балів, відповідно; за шкалами загально-психопатологічних порушень  $17,7 \pm 2,9$  балів у хворих основної та  $18,1 \pm 6,8$  балів у хворих контрольної груп.

6. Аналіз впливу комплексної терапії з використанням психоосвітньої програми показав позитивну динаміку рівня соціального функціонування хворих на шизофренію: зниження рівня загальної поведінкової дисфункції ( $49,4 \pm 1,5\%$  хворих основній та  $46,2 \pm 1,4\%$  контрольній груп); зниження рівня дисфункції при виконанні соціальних ролей у суспільстві ( $65,1 \pm 1,8\%$  і  $61,3 \pm 1,6\%$  відповідно); покращення функціонування пацієнтів у лікарні ( $63,7 \pm 1,7\%$  хворих основної та у  $59,5 \pm 1,6\%$  контрольної груп); підвищення рівня модифікуючих чинників ( $69,5 \pm 1,9\%$  і  $65,4 \pm 1,8\%$  відповідно).

Відмічено перехід дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні: гармонійне ( $50,1 \pm 1,5\%$  хворих основної та  $39,3 \pm 1,3\%$  контрольної груп) та ергопатичне ( $18,6 \pm 0,9\%$  та  $9,6 \pm 0,4\%$  відповідно) типів ставлення до хвороби.

Встановлена позитивна динаміка показника якості життя хворих: підвищення в середньому на  $42,1 \pm 1,6\%$  в основній групі та на  $31,4 \pm 1,3\%$  контрольній групі

7. На тлі проведення психоосвітньої програми в сім'ях пацієнтів основної групи відзначалось позитивна динаміка сімейного функціонування - переважання адекватного ставлення родичів до хвороби ( $68,2 \pm 1,8\%$  обстежених основної та  $39,8 \pm 1,3\%$  контрольної груп) у поєднанні з високим рівнем показників шкали сімейної підтримки ( $66,7 \pm 1,8\%$  та  $34,9 \pm 1,3\%$  відповідно)

Розроблена система психосвіти впроваджена в практику роботи КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акти впровадження від 18.05.2017; 15.05.2017; 22.05.2017;), КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1» (акти впровадження від 03.04.2017; 26.04.2017; 12.05.2017), КЗОЗ «Харківській міській психоневрологічний диспансер № 3» (акти впровадження від 26.04.2017; 11.05.2017; 18.05.2017), «КЗОЗ Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16» (акти впровадження від 05.05.2017; 11.05.2017; 22.05.2017), КЗОЗ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» (акти впровадження від 28.04.2017; 05.05.2017), Клініки психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону (акти впровадження від 26.04.2017; 05.05.2017; 12.05.2017), КЗОЗ «Сумська обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» (акти впровадження від 30.03.2017; 05.05.2017; 19.05.2017), КЗОЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенко» (акти впровадження від 03.04.2017; 12.05.2017; 18.05.2017), КЗОЗ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня» (акти впровадження від 27.04.2017; 05.05.2017; 17.05.2017), КЗОЗ «Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни» (акти впровадження від 03.04.2017; 19.04.2017; 11.05.2017), КЗОЗ «Луганський обласний наркологічний диспансер» м. Лисичанськ (акти впровадження від 28.04.2017; 05.05.2017; 18.05.2017).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращення якості психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію рекомендовано проведення комплексної програми психоосвітніх заходів на всіх рівнях надання медичної допомоги.

2. На рівні первинної медичної допомоги психоосвітню програму проводить лікар загальної практики – сімейної медицини. При наданні вторинної та третинної медичної допомоги психоосвітня програма реалізується за участю мультидисциплінарної бригади (лікар психіатр, лікар психотерапевт, медичний психолог, медична сестра, соціальний робітник).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білоус В.С. Динамические критерии продромальной стадии психоза у пациентов с параноидной шизофренией и острым полиморфным психотическим расстройством // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 3 (92). С. 17-23.
2. Денисенко М.М. В поиске оптимальных персональных исходов при первом психотическом эпизоде: от нейробиологических симптомов до принятия клинических решений // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. № 03. С. 36-40.
3. Коровина Л.Д. Особенности терапии атипичными антипсихотиками обострений параноидной шизофрении у женщин // Международный медицинский журнал. 2013. № 1. С. 11-14.
4. Марута Н.О., Білоус В.С. Продромальний період психозу: клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування, критерії діагностики і принципи профілактики // Вісник наукових досліджень. 2017. № 4. С. 81-85.
5. Carvalho J., Freitas P.P., Leuschnerb A., Olsonc D.H. Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent // Journal of Family Psychotherapy. 2014. Vol. 25, № 1. P. 3-11.
6. Кожина А.М., Сухоиванова Е.И. Современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией // Экспериментальна і клінічна медицина. 2013. №1 (58). С.163-167.
7. Юрьева Л.Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей / Д.: Изво «Новая идеология», 2010. 2-14 с.
8. Ranning A., Munk Laursen T., Thorup A., Hjorthoj C., Nordentoft M. Children of Parents With Serious Mental Illness: With Whom Do They Grow Up? A Prospective, Population-Based Study // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. Vol. 55(11). P.953-961.

9. Никитин Л.Н., Макарова М.Н. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами в медико-реабилитационном отделении // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2014. С. 212-214.
10. Дрюченко М. О. Особливості соціального і родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, з точки зору їх впливу на стан материнсько-дитячої взаємодії // ScienceRise: MedicalScience. 2016. № 12 (8). С. 10-17.
11. Ling Y., Watanabe M., Yoshii H., Akazawa K. Characteristics linked to the reduction of stigma towards schizophrenia: a pre and post study of parents of adolescents attending an educational program // BMC Public Health. 2014. Vol. 14. P. 258-260.
12. Абрамов В.А., Осокина О.И. Личностно-социальное восстановление больных с первым эпизодом шизофрении: концептуальные основы // Журнал психиатрии и мед. психологии. 2012. № 1 (28). С. 15-22.
13. Carvalho J., Freitas P.P., Leuschner A., Olson D.H. Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent // Journal of Family Psychotherapy. 2014. Vol. 25, № 1. P. 3 -11.
14. Білоус В.С. Ефективність раннього втручання у продромальну стадію психозу // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 17, № 4 (93). С. 15-18.
15. Choi S., Lee S.H., Park H.J. Perceived patient parent relationships and neural representation of parents in schizophrenia // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2013. Vol. 263, № 3. P. 259 - 269.
16. Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Путятин Г.Г. Клинический анализ инициального продрома шизофрении во временном и гендерно-возрастном аспектах // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 2 (29). С. 15-29.
17. Білоус В.С. Клинико-психопатологические проявления продромального периода психоза у пациентов с параноидной шизофренией и острым полиморфным

психотическим расстройством // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 1 (86). С. 48-50.

18. Васюков С.А., Аносова Н.И. Дифференциальный диагноз при шизофрении и реактивных психозах // Практика судебно-психиатрической экспертизы. 2011. № 49. С. 85-98.

19. Гуменюк Л.Н. Обмежена здатність до інтеграції у суспільство в осіб з психічними розладами (клініка, діагностика, реабілітація): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Київ, 2009. 31 с.

20. Білоус В.С. Соціальна фрустрованість та якість життя пацієнтів з параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом у продромальному періоді психозу // Медична психологія. 2017. Т. 12. № 4 (48). С. 69-73.

21. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Купирующая терапия атипичными антипсихотиками больных с впервые возникшими психотическими состояниями // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (4). С. 51-57.

22. Данилов Д.С. Атипичные нейрорептики при лечении шизофрении (сравнительное проспективное исследование) // XV Съезд психиатров России: тезисы докладов. Москва, 2010. С. 188.

23. Зайченко А.А. Биометрические показатели конституциональных рисков развития параноидной шизофрении у мужчин // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 5 (3). С. 384-389.

24. Гурович И.Я., Шмуклера А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / М.: ИД «Медпрактика-М». 2010. 54-64 с.

25. Данилов Д.С., Тювина Н.А., Морозов В.Д. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества // Российский психиатрический журнал. 2013. № 2. С. 64-71.

26. Buka S.L., Seidman L.J., Tsuang M.T., Goldstein J.M. The New England family study high- risk project: Neurological impairments among offspring of parents

with schizophrenia and other psychoses // American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2013. Vol. 162 (7). P. 653-660.

27. Davidsen K.A., Harder S., MacBeth A., Lundy J.M., Gumley A. Mother infant interaction in schizophrenia: transmitting risk or resilience? A systematic review of the literature // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2015. Vol. 50 (12). P. 1785-1798.

28. Жданова М.П., Коллякова О.М., Зинченко Е.Н. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: науч. сб. СПб, 2009. Т. 1. С. 346-354.

29. Зайцева Ю.С. Реферат руководства по психофармакологическому лечению шизофрении на основе данных доказательной медицины: рекомендации Британской ассоциации психофармакологов. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (2). С. 82-89.

30. Иржевская В.П. Нарушение осознания психической болезни при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Иржевская Виктория Петровна. М., 2009. 212 с.

31. Liu C.H., Keshavan M.S., Tronick E., Seidman L.J. Perinatal risks and childhood premorbid indicators of later psychosis: next steps for early psychosocial interventions // Schizophrenia Bulletin. 2015. Vol. 41 (4). P. 801-816.

32. Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І. Інсайт-орієнтована психотерапія у хворих з першим психотичним епізодом / Методичні рекомендації. Київ, Донецьк, 2013. 28 с.

33. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Шлафер М.И. Клиника первого психотического эпизода шизофрении: возможности психотерапии и психосоциальной работы. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / СПб.: Таро, 2014. С. 184-194.

34. Кобзова М.П. Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении // Психологические исследования. 2012. № 2/22. С. 10.

35. Любов Е.Б. Палиперидон пальмитат новая возможность фармакотерапии шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (2). С. 43-51.

36. Hatam S., Lea Baranovich D. A comparative study between the attachment styles of adults who were raised by mothers with schizophrenic disorders, depression, and those raised by mentally healthy mothers // European Psychiatry. 2016. Vol. 33. P. 632-633.

37. Марута Н.А., Билоус В.С. Клинико-психопатологические особенности продромальной стадии психоза / Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю «мозок та стрес», 1-2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 3 (84). С. 145-146.

38. Осокіна О.І. Перший епізод психозу у хворих на шизофренію: клініко-психопатологічні, психологічні та екзистенційно-особистісні закономірності відновлення соціального функціонування; автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук: спец. 14.01.16 / О.І. Осокіна. Х., 2015. 38 с.

39. Любов Е.Б. Фармакоэкономический прогноз поддерживающей терапии больных шизофренией препаратами сероквель пролонг, рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрекса) и типичными нейролептиками // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (2). С. 66-75.

40. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, № 1 (50). С. 21-25.

41. Медведев В.Э. Диагностика латентного течения и первого эпизода шизофрении (обзор зарубежной литературы) // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2012. № 06. С. 12-17.

42. Healy S.J., Lewin J., Butler S., Vaillancourt K., Seth Smith F.A. Affect recognition and the quality of mother infant interaction: understanding parenting difficulties in mothers with schizophrenia // Archives of Women's Mental Health. 2016. Vol. 19 (1). P. 113-124.

43. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // НейроNews. 2010. № 5(24). С. 83-90.

44. Минутко В.Л. Шизофрения / М., 2009. 680 с.



45. Павлюченко А.В. Будущее классификации психотических расстройств (по материалам конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012 г.) // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2013. № 01. С. 22-26.

46. Петрюк П.Т. Изучение клиники параноидной шизофрении (обзор литературы) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2010. № 1-2. С. 122-130.

47. Плотнікова О.В. Клініко-психопатологічні особливості хворих на шизофренію на тлі антипсихотичної терапії в умовах сучасного патоморфозу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Плотнікова О.В.: Укр. НДІ соц. і суд. псих. та нарк. К., 2012. 20 с.

48. Попадопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы [Электронный ресурс] 2014. Режим доступа: <http://www.koob.ru> (дата звернення: 21.04.2016).

49. Choi K.H., Wykes T., Kurtz M.M. Adjunctive pharmacotherapy for cognitive deficits in schizophrenia: meta analytical investigation of efficacy // British Journal of Psychiatry. 2013. Vol. 203. P. 172-178.

50. Прибытков А.А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22 (4). С. 27-29.

51. Désaméricq G., Schurhoff F., Meary A. Long term neurocognitive effects of antipsychotics in schizophrenia: a network meta analysis // European Journal of Clinical Pharmacology. 2014. Vol. 70. P. 127 - 134.

52. Краснова В.Н., Гуровича И.Я., Мосолова С.Н., Шмуклера А.Б. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 260 с.

53. Тиганов А.С. Психиатрия. Руководство для врачей / М.: Медицина, 2012. Т. 1. 807 с.

54. Аведисова А.С., Ястребов Д.В., Касимова Л.Н. Ранние симптомы обострения шизофрении: изучение точки зрения пациентов, их родственников и врачей // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. № 12. С. 4-10.

55. Семке А.В., Зинчук М.С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 29-33.

56. Hamm J.A., Hasson Ohayon I., Kukla M., Lysaker P.H. Individual psychotherapy for schizophrenia: Trends and developments in the wake of the recovery movement // Psychology Research and Behavior Management. 2013. Vol. 6. P. 45 - 54.

57. Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І. Сенс перенесеного психіатричного досвіду у хворих з першим психотичним епізодом / Методичні рекомендації. Київ, Донецьк, 2013. 24 с.

58. Сергеева О.Е. Особенности доманифестных состояний у больных с первым психотическим эпизодом // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2012. № 02. С. 31-35.

59. Синайко В.М., Коровина Л.Д. Комплаенс при параноидной шизофрении на фоне абдоминального ожирения // Медицинская психология. 2013. Т. 8. № 1 (29). С. 71-76.

60. Шлафер А.М., Бабин С.М., Васильева А.В. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией / А.М. Шлафер, // Психиатрия и психотерапия. 2012. Т. 14. № 1. С. 9-16

61. Скугаревская М.М. Продром шизофрении. Оценка риска развития психоза // Психиатрия. 2009. № 4 (06). С. 71-79.

62. Lysaker P.H., Roe D. Psychotherapy for Schizophrenia: Its Potential for a Central Role in Recovery Oriented Treatment // Journal of Clinical Psychology. 2016. Vol. 72, № 2. P. 117-122.

63. Скугаревская М.М. Синдром ослабленного психоза новый диагноз в психиатрии? // Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. Т. 16. № 02. С. 40-43.

64. Смирнова Д.А. Психозы (шизофрения) через призму феномена миграции: по материалам 22 Европейского конгресса психиатрии (1-4 марта 2014 г., Мюнхен,

Германия) // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2014. № 05. С. 4-20.

65. Зайцева Ю.С., Саркисян Г.Р., Саркисян В.В., Сторожакова Я.А. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (2). С. 5-12.

66. Sarin F., Wallin L., Nord J. Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia // Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 68 (3). P. 145-153.

67. Хобзей М.К., Голубчикова М.В., Волошина П.В., Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 рр. / Київ-Харків: Видавець, 2011. 173 с.

68. Точиллов В.А., Кушнир О.Н. Клозапин препарат выбора для лечения больных с острыми психозами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21 (2). С. 37-43.

69. Бабин С.М., Васильева А.В., Шлафер А.М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2012. № 01. С. 45-48.

70. Шмаков М.А., Набиуллина Р.Р., Сайфутдинова В.Ф., Малыгина Т.А. Биопсихосоциальный подход в реабилитации душевнобольных // Всероссийская научно-практическая конференция «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России. Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы докладов. Казань. 2012. С. 45-46.

71. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия. Психологические модели / СПб.: Питер, 2009. 496 с.

72. Васильев В.В. Эффективность терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 30-37.

73. Точилов В.А., Кушнир О.Н. Особенности антипсихотического действия клозапина (азалептина) при лечении больных с острыми психозами // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 1. С. 16-21.

74. Спіріна І. Д., Широков О. В. Клініко-психопатологічні особливості параноїдної шизофренії у хворих з коморбідним кістковим туберкульозом, з точки зору їх психосоціальної реабілітації // ScienceRise: MedicalScience. 2015. № 8/3 (13). С. 86-95.

75. Williams E. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia in a forensic mental health setting // Journal of Forensic Practice. 2014. Vol. 16 (1). P. 68-77.

76. Paquin K., Larouche A., Cellard C. A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly use type of training, practice or strategy learning? // BMC Psychiatry. 2014. Vol. 14. P. 139.

77. Морванюк Г. В. Особливості психосоціальної дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію // Загальна патологія та патологічна фізіологія. 2013. Т. 8, № 4. С. 72-76.

78. Венгер О. П., Мисула Ю. І. Клінічне порівняння застосування соліану (амісульприду) та типових нейролептиків при лікуванні хворих на параноїдну форму шизофренії // Науково-практична конференція «Сучасні проблеми неврології і психіатрії», присвяченої 50-річчю Тернопільської обласної психоневрологічної лікарні та 50-річчю кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТДМУ імені І. Я. Горбачевського, 2008р.: - матеріали конференції, ТДМУ, Тернопіль, 2008. С. 142-143.

79. Цьона А. Р. Нейрокогнітивний дефіцит у хворих на шизофренію та варіанти його корекції //Український вісник психоневрології. 2015. Т. 4. С. 124-127.

80. Влох І. Й., Кулик Б. В., Шпильовий Я. В., Цьона А. Р. Фармакологічні основи психосоціальної реабілітації та дестигматизації хворих на шизофренію // Український вісник психоневрології. 2011. Т.4. С. 65-67.

81. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Бойко Д. І. Епідеміологічні аспекти першого психотичного епізоду з урахуванням впливу геліогеофізичних факторів // Вісник проблем біології і медицини. 2016. Т.1, №.2(128). С. 102-105.

82. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис.... канд. мед. н.: 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» Харків, 2011. 18 с.

83. Марута Н.А., Ярославцев С.А. Шизофрения с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) // Медична психологія. 2015. № 4. С. 46-50.

84. Katsumi A., Hoshino H., Fujimoto S. Efficacy of cognitive remediation in schizophrenia: a short review of its variable effects according to cognitive domain // Open Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 5. P. 170 - 176.

85. Penadés R., Pérez García H., González Rodríguez A., Catalán R., Bernardo M. Treating cognition in schizophrenia: searching for the best evidence based practices // Psychiatric Care. 2016. P.80-84.

86. Гнатишин М.С., Белов О.О. Шизофренія: сучасний погляд. // Вінниця, Консоль, 2012. 368 с.

87. Gomar J.J., Valls E., Radua J. A multisite, randomized controlled clinical trial of computerized cognitive remediation therapy for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 2015. Vol. 25. P. 57-59.

88. Смашна О.Є. Структура афективних порушень у клінічній картині параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 2 (67). С. 68 -71.

89. Pallia A., Kontoangelosab K., Richardsonac C. Economou Effects of Group Psychoeducational Intervention for Family Members of People with Schizophrenia Spectrum Disorders: Results on Family Cohesion, Caregiver Burden, and Caregiver Depressive Symptoms // Economou International Journal of Mental Health. 2015. Vol. 44 (4). P. 277 - 289.

90. Chae Y., Kim J. Study on Narrative Therapy for Schizophrenic Adolescents // Social and Behavioral Sciences. 2015. Vol. 205. P. 53-55.

91. Лихолетова О.И. Концепция инсайта и инсайт-ориентированная психотерапия у больных с первым психотическим эпизодом // Південноукраїнський медичний журнал. 2013. № 3 (03). С. 69-74.

92. Вербенко В.А. Современные нейробиологические концепции психотерапии (обзор) // Таврический журнал психиатрии. 2010. Т. 14. № 4 (53). С. 45-53.

93. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / СПб: Питер, 2008. 512 с.

94. Гуткевич Е.В., Семке А.В., Даниленко О.А. Адаптационно-привентивный потенциал семьи больных шизофренией: мишени и проблемы коморбидности у больных шизофренией: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием (Новосибирск, 20-21 мая 2014г.). Т.ск: Изд-во «Иван Федоров». 2014. С. 41-44.

95. Sismey G., Gillett G. Music therapy as a treatment for schizophrenia. Oxford: Oxford University Press, 2015. 16 p.

96. Гуткевич Е.В., Семке А.В. Семейные механизмы адаптации при шизофренических расстройствах (на примере популяции сибирского региона) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3. С. 12-17. Джангильдин Т.Ю., Адамс А.Л. Психотерапия шизофрении: проблемы и перспективы // Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ. Москва. 2014. С. 179-188.

97. Duga K., Stupak R. Meditation and psychosis: trigger or cure? // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2015. Vol. 3. P. 48 - 58.

98. Дзеружинская Н.А., Ломтева В.А. Социально-психологическая характеристика больных шизофренией с различными вариантами самостигматизации // Архів психіатрії. 2013. Т. 19. № 2 (73). С. 24-27.

99. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии / М.: Психотерапия, 2009. 304 с.

100. Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с расстройствами шизоидного спектра // Вестник ассоциации психиатров Украины. 2013. № 04. С.67-70.

101. Priebe S., Savill M., Wykes T. Clinical effectiveness and cost effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial // *Health Technology Assessment*. 2016. Vol. 20 (11). P. 32 - 38.

102. Корнетова Е.Г., Семке А.В. Психотерапевтические подходы в комплексе реабилитации больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики // Всероссийская научно-практическая конференция «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России. Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы докладов. Казань. 2012. С. 272-273.

103. Краснов П. Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении и профилактики острых состояний в психиатрии (по материалам 26-го Конгресса ECNP) // *Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина*. 2014. № 03. С. 69-70.

104. Martin A.L., Koch S.C., Hirjak D., Fuchs T. The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia A Multicenter Randomized Controlled Trial // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. P. 483.

105. Куликова О.С. Когнитивные факторы социальной адаптации больных с параноидной шизофренией // *Вестник ЮУрГУ (психология)*. 2014. Т. 7 (2). С. 109-115.

106. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures // *Journal of Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 3. Issue 2. P. 2-7.

107. Куликова О.С. Психологический аспект системы биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией // *Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей*. Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2014. С. 158-161.

108. Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Пуятин Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2012. № 4 (31). С. 5-17.

109. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: методические рекомендации / М.: МАКС Пресс, 2012. 32 с.

110. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24 (3). С. 33-36.

111. Barch D.M., Barch D.M., Sheffield J.M. Cognitive impairments in psychotic disorders: common mechanisms and measurement // World Psychiatry. 2014. Vol. 13 (3). P. 224-232.

112. Марута Н.О., Юрьева Л.Н., Панько Т.В. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація / Методичні рекомендації. Харків, 2009. 31 с.

113. Ranieri R., Marcatili M., Castelnovo A., Scarone S. Compliance to long term antipsychotic treatments in schizophrenia: a descriptive study comparing adherence to oral VS depot psychopharmacotherapies // Prague: 20th European Congress of Psychiatry. 2012. P. 1097.

114. Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І. Перший психотичний епізод: система екзистенційно-особистісного відновлення хворих / Методичні рекомендації. Київ, Донецьк, 2013. 32 с.

115. Широков О. В. Особливості комплексного лікування пацієнтів з параноїдною шизофренією, коморбідної з кістковим туберкульозом в аспекті їх фармакотерапії та психосоціальної реабілітації// Український вісник психоневрології. 2016. Т.24, №1(86). С.97-100.

116. Букановская Т.И., Алборова Р.Н., Бабаянц А.Г. Ценностные ориентации личности в свете дестигматизации и реабилитации больных шизофренией // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 6. С. 28-33.

117. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних тендерних особливостей // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 4 (8.9). С. 47-53.



118. McGorry P., Johannesssen J.O., Lewis S., Birchwood M. Early intervention in psychosis keeping faith with evidence-based health care // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 399-404.

119. Буздиган О. Г. Клініко-функціональні особливості хворих на шизофренію як основа оптимізації підходів до їх психосоціальної реабілітації з урахуванням гендерного фактору // *Архів психіатрії.* 2016. № 3 (86). С. 33-40.

120. Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии // *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012. Т. 22 (4). С. 30-36.

121. Schmidt S.J., Schultze-Lutter F., Schimmelmann B.G. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses // *Journal of the European Psychiatric Association.* 2015. Vol. 30. No 3. P. 388-404.

122. Гнатишин М. С., Буздиган О. Г. Оптимізація комплексного лікування шизофренії з урахуванням клініко-функціональних особливостей // *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2015. Т. 19, № 1. С. 84-88.

123. Былим И.А., Ширкин Ю.М. Стратегии раннего вмешательства при шизофрении // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* 2008. № 3. С. 78-83.

124. Farooq S. Early intervention for psychosis in low and middle income (LAMI) countries needs a public health approach // *Br. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 202. P. 168-169.

125. Гончаров В.Е. Проблема социальной адаптации больных шизофренией // *Международный медицинский журнал.* 2010. № 2. С. 11-14.

126. Денисенко М.М. Работа с семьями больных шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия.* 2011. Т. 21. № 4. С. 104-110.

127. Марута Н.О., Абрамов В.А., Осокіна О.І. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом / *Методичні рекомендації.* Київ, Донецьк, 2013. 36 с.

128. Fett A.K., Maat A. Social cognitive impairments and psychotic symptoms: what is the nature of their association? // *Schizophr. Bull.* 2013. Vol. 39. P. 77-85.

129. Кожина Г.М., Маркова М.В., Горшкова К.А. Психосвітня сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 3 (72). С. 198.

130. Козлов Я.С., Антохин Е.Ю. Особенности комплексной терапии больных шизофренией в условиях отделения первого психотического эпизода (5-летний катамнез) // Психотерапия и психофармакотерапия: где точки соприкосновения?: материалы Российской научно-практической конференции. Оренбург, 2013. С. 53-57.

131. Girgis R.R., Kumar S.S., Brown A.S. The cytokine model of schizophrenia: emerging therapeutic strategies // Biol. Psychiatry. 2014. Vol. 75. P. 292-299.

132. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2010. № 2. С. 55-59.

133. Мадорский В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 4. С. 27-35.

134. Мальцева Е.А., Злоказова М.В. Профессиональный статус пациентов с шизофренией молодого возраста в зависимости от длительности заболевания // Всероссийская научно-практическая конференция «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России. Современные проблемы социальной и клинической сексологии»: тезисы докладов. Казань. 2012. С. 27-28.

135. Green M.F., Horan W.P. Social cognition in schizophrenia / M.F. Green, // Curr. Direct. Psychol. Sci. 2010. Vol. 19. P. 243-248.

136. Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза // Методическое пособие. Харьков. 2010. 95 с.

137. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные,

социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23 (3). С. 5-13.

138. Guler E., Leyhe T. A late form of neurosyphilis manifesting with psychotic symptoms in old age and good response to ceftriaxone therapy // Int. Psychogeriatr. 2011. Vol. 23. P. 666-669.

139. Howes O.D., Kambeitz J., Kim E. The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment // Arch. Gen. Psychiatry. 2012. Vol. 69. P. 776-786.

140. Марута Н.А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии // Здоров'я України. 2014. № 2 (29). С. 42-43.

141. Самохвалов В.П., Чабан О.С. Психотерапевтическая хрестоматия / Тернополь: ТГМУ, 2012. 428 с.

142. Carrion R.E., Goldberg T.E., McLaughlin D. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168 (8). P. 806-813.

143. Пшук Є.Я. Оцінка рівня комунікативного ресурсу хворих на шизофренію та їх родичів // Архів психіатрії. 2013. Т. 19 (75). С. 69-73.

144. Ряполова Т.Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук: спец. 14.01.16 / Т.Л. Ряполова. Х., 2010. 35 с.

145. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С. Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией и их семей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112 (5). С. 70-76.

146. Khanfir A., Zalila H., Hechmi S., Arfaoui S., Zouari O. Influence of socio-demographic factors on therapeutic compliance in schizophrenia / Prague: 20th European Congress of Psychiatry, 2012. P. 1257.

147. Цапенко А.И., Шанаева Д.М. Семья и психическая болезнь, психологические проблемы и пути их решения. Киев. 2009. 64 с.

148. Цыганков Б.Д., Ханнанова А.Н., Некрасова С.В. Нарушения внимания и исполнительной функции у больных параноидной шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова. 2013. Т. 113 (7). С.11-15.

149. Баскіна В. В. Залучення членів родини в межах програми психосоціального супроводу жінок, які перенесли первинний психотичний епізод // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 6 (10). P. 668-679.

150. Jauhar S., McKenna P.J., Radua J. Cognitive-behavioral therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias // Br. J. Psychiatry. 2014. Vol. 204. P. 20-29.

151. Баскіна В. В. Психосоціальна реабілітація хворих, що перенесли психотичний епізод // Актуальні питання медицини, ветеринарії та фармакології, Київ, 14-15 жовтня 2016р.: матеріали конференції, Київ. - С. 12-16.

152. Безсмертний О. В. Психосоціальний супровід хворих на шизофренію за допомогою їх автобіографічної пам'яті (психокорекційний та психореабілітаційний аспекти) // Психологічні перспективи: міжнар. наук, реценз. періодичний журнал /Східноєвроп. нац. ун-т ім. Л. Українки, Інститут соціальної та політичної психології, НАПН України. Луцьк. 2015. № 25. С. 10-22.

153. Kahn R.S., Keefe R.S. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus // JAMA Psychiatry. 2013. Vol. 70. P. 1107-1112.

154. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies // World Psychiatry. 2013. Vol. 12 (3). P. 216-226.

155. Katsigiannopoulos K., Georgiadou E., Pazarlis P. Psychotic disorder as a manifestation of Graves' disease // Psychosomatics. 2010. Vol. 51. P. 449-450.

156. Морванюк Г. В. Питання соціальної адаптації хворих на шизофренію // Таврический журнал психиатрии. 2013. № 3 (64). С. 33-37.

157. Шкробот В. В., Шкробот С. І., Венгер О. П., Несторович Я. М., Мисула Ю. І., Смашна О. Є., Янковська О. М., Корнієнко Г. Ф. Актуальні питання реабілітації хворих із психічними порушеннями // Вісник наукових досліджень. 2011. № 4. С. 72-75.

158. Kelleher I., Corcoran P., Keeley H. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study // *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70. P. 940-948.

159. Венгер О. П., Мисула Ю. І. До питання реабілітації хворих з психічними порушеннями // *Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних хвороб*, Вінниця, 2012р.: матеріали конференції, Вінниця, 2012. С. 12.

160. Корж А. В. Роль психокорекції у формуванні прихильності до психофармакотерапії у хворих на параноїдну шизофренію. // *Europeanmultisciencejournal*. 2017. №5. С. 60-65.

161. Keshavan M.S. Classification of psychotic disorders: need to move toward a neuroscience-informed nosology // *Asian J Psychiatry*. 2013. Vol. 6. P. 191-192.

162. Корж А. В. Сучасні дані про прихильність до терапії нейролептиками хворих на параноїдну шизофренію. // *Медична психологія*. 2017. №4. С. 73-78.

163. Аймедов К. В., Стаханов К. О. Проблеми сімейного функціонування хворих на шизофренію // *Вісник морської медицини*. 2016. № 4 (73). С. 41-47.

164. Стаханов К. О. Аналіз ефективності проведеного медико-психологічного супроводу пацієнтів з постшизофренічною депресією // *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. № 3 (92). С.66-70.

165. Дрюченко М. О. Комплексне лікування параноїдної шизофренії та корекції материнсько-дитячої взаємодії у родинах, де мати страждає на шизофренію: загальні засади і специфічні особливості // *Медична психологія*. 2016. № 3 (43). С. 68-72.

166. Keshavan M.S., Kaneko Y. Secondary psychoses: an update // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12 (1). P. 4-15.

167. Fusar-Poli P., Yung A.R., McGorry P. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 17-24.

168. Шкода К. В. Особливості депресивних проявів у родичів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // Архів психіатрії. 2016. № 3 (86). С. 59-64.

169. Волошин, П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди[Текст]/ П. В. Волошин, // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 1(82). С.5-12.

170. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2013. Vol. 39. P. 242-253.

171. Шкода К. В. Агресивність і ставлення до психічного захворювання родича як складові психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // American Scientific Journal. 2016. № 8 (8). С. 30-35.

172. Хмельницкая Е.А. Оценка краткосрочной эффективности психообразовательной программы в лечении шизофрении и близких к ней расстройств // Военная медицина. 2011. № 3. С. 18-24.

173. Діхтяр В. О. Наукове обґрунтування застосування психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію в залежності від рівня їх особистого та родинного соціального функціонування // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 1 (62). С. 49-53.

174. Morrison A.P., Turkington D., Pyle M. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomized controlled trial // Lancet. 2014. Vol. 383. P. 1395-1403.

175. Murthy N.V., Mahnacke H., Wexler B.E. Computerized cognitive remediation training for schizophrenia: An open label, multi-site, multinational methodology study // Schizophr. Res. 2012. Vol. 139. P. 87-91.

176. Fleischhacker W.W., Sanchez R., Jin N. Personal and social performance in schizophrenia: double-blind, non-inferiority study of one monthly vs oral aripiprazole // European Neuropsychopharmacology. 2013. Vol. 23 (2). P. 474.

177. Хмельницкая Е.А. Эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией, в двухлетнем катамнезе в сравнении со стандартным лечением // Военная медицина. 2012. № 1. С. 107-113.
178. Gerlinger G., Hauser M., De Hert M. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions // World Psychiatry. 2013. Vol. 12. P. 155-164.
179. Pinkham A.E. Social cognition in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. 2014. Vol. 75 (2). P. 14-19.
180. Діхтяр В. О. Аналіз дієвості психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2010. 1 (17). С. 64 -70.
181. Демченко В.А. Ефективність комплексної терапії психічно хворих у межах організаційної моделі «Інтегрована медицина» для амбулаторних загальносоматичних установ // Медична психологія. 2010. № 3 (19). С. 62-69.
182. Zouari O., Zalila H., Arfaoui S., Khanfir A., Hechmi S. Relationship between therapeutic modalities and treatment compliance in schizophrenia / Prague: 20th European Congress of Psychiatry, 2012. P.1333.
183. Tamminga C.A., Ivleva E.I., Keshavan M.S. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) // Am. J. Psychiatry. 2013. Vol. 170. P. 1263-1274.
184. Мишиев В.Д. Проблема комплаенса в современной психиатрии // Психічне здоров'я. 2007. №1(10). С. 67-69.
185. Синайко В.М., Коровина Л.Д. Комплайенс при параноидной шизофрении на фоне абдоминального ожирения // Медицинская психология. 2013. Т.8. №1(29). С. 71-76.
186. Tarrier N., Kelly J., Maqsood S. The cognitive behavioral prevention of suicide in psychosis: a clinical trial // Schizophr. Res. 2014. Vol. 156. P. 204-210.
187. Arfaoui S., Zalila H., Zouari O. Therapeutic compliance in schizophrenia: the influence of psychotic symptoms and the insight / Prague: 20th European Congress of Psychiatry, 2012. P. 1205.

188. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О., Зінченко О.М., Петриченко О.О., Дьяченко Л.І. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 3 (72). С. 13-19.

189. Маркова М.В., Косенко К.А. Соціальне функціонування та якість життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 2 (79) С. 86- 95.

190. Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линев А.Н. Современное лечение психотической шизофрении. Дифференцированная биологическая терапия эндогенно - процессуальных психозов // Новости медицины и фармации. 2013. № 16 (467). С. 34-37.

191. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко функціональних гендерних особливостей // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 4. С. 47-53.

192. Маркова М.В., Косенко К.А. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 3 (80) С. 69-73.

193. Пшук Н.Г. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 3 (64). С. 145.

194. Животовська Л.В., Казаков О.А., Борисенко В.В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків // Медична психологія. 2015. Т. 10, №3. С. 48-51.

195. Дрюченко М. О. Особливості соціального і родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, з точки зору їх впливу на стан материнсько-дитячої взаємодії // Science Rise: Medical Science. 2016. № 12 (8). С. 10-17.



196. Маркова М.В., Косенко К. А. Особливості сімейної взаємодії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинного функціонування // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 2 (79). С. 86-95.

197. Пшук Н.Г., Маркова М.В., Пшук Є.Я. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 3 (72). С. 215.

198. Бачериков А.Н., Матузок Э.Г., Харина Е.В. Короткофокусная психоаналитически ориентированная психотерапия (обзор литературы) // Таврический журнал психиатрии. 2010. Т. 14, № 4(53). С. 40-44.

199. Мазаева Н.А., Соколов Р.Е. Патоморфоз манифестных шизофренических психозов у девочек-подростков // Психиатрия. 2010. № 2. С. 5-15.

200. Кришталь В.Е. Психообразовательные программы в системе медико-психологической реабилитации больных шизофренией // Медична психологія. 2012. Том 7, № 1(25). С. 34-36.

201. Кришталь В.Е., Кришталь А.А., Сухоиванова Е.И. Комплексная система реабилитации больных шизофренией // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. 2014. Том 18, № 1(66). С. 32-35.

202. Kozhyna H., Markova M., Korovina L., Kryshtal V. New opportunities of medical and psychological rehabilitation of patients with schizophrenia // Journal of Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences. 2016. Vol. 6, №11. С. 870-874.

203. Korovina L., Kryshtal V. Complex approach to rehabilitation of women with paranoid schizophrenia // Inter Collegas. 2016. № 4 (3). С. 197-200.

204. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Кришталь В.Є Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №257-2016. «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257 - 2016, Київ, 4 с.

205. Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №202-2017.

«Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202 - 2017, Київ, 4 с.

206. Кожина А.М., Коростий В.И., Шикова В.В., Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е. Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией // Український вісник психоневрології. 2014. Том 22, № 2 (79). С. 83-85.

207. Кришталь В.Е. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, №1 (90). С. 56-58.

208. Кожина А.М., Гайчук Л.М., Кришталь В.Е. Психообразование как неотъемлемая часть психотерапевтических и реабилитационных программ // Научно-практическая конференция с международным участием «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход», г. Курск, 2011: – тезисы докладов. Курск. 2011. С. 162-165.

209. Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні», м.Харків, 2012.: – тези доповідей. Український вісник психоневрології. 2012. Том 20, № 1 (70), додаток – 2012. С. 44-45.

210. Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. 2012. Том 16, № 2(59).

211. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И., Литвиненко В.В., Кольцова Г.Г. Психообразовательные стратегии как неотъемлемая составляющая современной психиатрической помощи // Матеріали IV-го Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє»: тези доповідей. – Український вісник психоневрології. 2012. Том 20, № 3 (72). С. 186.

212. Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е. Эффективность психообразовательных программ и реабилитации больных шизофренией // Научно-практична конференція з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Том 2 «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)», м. Харків, 2012 р.: – тези доповідей. Харків. 2012. С. 253.

213. Кожина Г.М., Коростій В.І., Кришталь В.Є., Сухоиванова О.І. Эффективність психоосвітніх програм в комплексній терапії пацієнтів з шизофренією // П'ята науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладах», м. Вінниця, 2013 р.: – тези доповідей. Вінниця. 2013. С. 78-79.

214. Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Современные подходы к системе реабилитации больных шизофренией // Научно-практическая конференция с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологи в современную медицину», АР Крым, г. Ялта, 2013 г.: – тезисы докладов. Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca. Ялта. 2013. Том17, №2 (63). С. 42-43.

215. Kryshstal V., Kozhyna H., Markova M., Korovina L. The dynamics of social of the level functioning and quality of live patients with schizophrenia as a marker of the effectiveness of psychoeducational programs. //Journal of Education, Health end Sport formerly Journal of Health Sciences. 2017. Vol. 7, №2. С. 618-624.

216. Kozhyna G.M., Korostiy V.I., Sukhoivanova O.I., Kryshstal O.O., Kryshstal V.E. The psychoeducation of psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // Departamento de Ciencias Medicas Division de Ciencias de la Salud Campus Leon. XIV Reunion Internacional de Ciencias Medicas, Mexico, Guanajuato, 2014.: – memorias. Mexico, Guanajuato, 2014. article: 36.

217. Kozhyna H., Korostiy V., Kryshstal O., Kryshstal V. The psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia // Abstracts book. XVI world congress of

Psychiatry “Focusing on access, quality and humane care”, Madrid, Spain, 2014.: – Oral & poster communications. Madrid, Spain, 2014. Volume 6, P. 232.

218. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е., Кришталь А.А. Психообразование в системе социально-психологической реабилитации больных шизофренией // Науково-практична конференція «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання)», м. Харків, 2014 р.: – тези доповідей. Харків. 2014. С. 63-64.

219. Кожина А.М., Коростий В.И., Кришталь В.Е. Эффективность психообразовательных занятий в системе лечения пациентов с шизофренией // III міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи», м. Київ, 2014 р.: – тези доповідей. Київ. 2014. С. 44-45.

220. Mykhaylov V., Kozhyna H., Zelenskay K., Korostiy V., Kristal V. Rehabilitation of women suffering with paranoid schizophrenia. // WPAА XVII World congress of psychiatry, Berlin, 2017.: - Abstract title. Berlin. 2017.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

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

1. Кришталь В.Е. Психообразовательные программы в системе медико-психологической реабилитации больных шизофренией / В.Е. Кришталь // Медична психологія. – 2012. – Том 7, № 1(25). – С. 34-36.
2. Комплексная система реабилитации больных шизофренией / В.Е. Кришталь, А.А. Кришталь, Е.И. Сухоиванова // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. – 2014. – Том 18, № 1(66). – С. 32-35.
3. Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией / Кожина А.М., В.И. Коростий, В.В. Шикова, Е.И. Сухоиванова, В.Е. Кришталь // **Український вісник психоневрології**. – 2014. – Том 22, №2 (79). – С. 83-85.
4. New opportunities of medical and psychological rehabilitation of patients with schizophrenia / Н. Kozhyna, M.Markova, L. Korovina, V. Kryshstal / **Journal of Education, Health end Sport formerly Journal of Health Sciences**. – 2016, Vol. 6, - №11, - С. 870-874.
5. Complex approach to rehabilitation of women with paranoid schizophrenia / L. Korovina, V. Kryshstal / Inter Collegas. – 2016, №4(3), С. 197-200.
6. The dynamics of social of the level functioning and quality of live patients with schizophrenia as a marker of the effectiveness of psychoeducational programs. / V. Kryshstal, Н. Kozhyna, M.Markova, L. Korovina / **Journal of Education, Health end Sport formerly Journal of Health Sciences**. – 2017, Vol. 7, - №2, - С. 618-624.
7. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / В.Е. Кришталь // **Український вісник психоневрології**. – 2017. – Том 25, №1 (90). – С. 83-85.
8. Психообразование как неотъемлемая часть психотерапевтических и реабилитационных программ / А.М. Кожина, Л.М. Гайчук, В.Е. Кришталь:

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход», г. Курск, 24-25 ноября 2011 г.: тезисы докладов. – г. Курск, 2011. – С. 162-165.

9. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией / А.М. Кожина, В.Е. Кришталь, Е.И. Сухоиванова: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні»: тези доповідей. – Український вісник психоневрології. – 2012. – том 20, № 1 (70), додаток – 2012, с. 44-45.

10. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А.М. Кожина, В.Е. Кришталь, Е.И. Сухоиванова // Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. – 2012. – Том 16, № 2(59). – С. 35.

11. Психообразовательные стратегии как неотъемлемая составляющая современной психиатрической помощи / А.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Е. Кришталь, Е.И. Сухоиванова, В.В. Литвиненко, Г.Г. Кольцова: Матеріали IV-го Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє»: тези доповідей. – Український вісник психоневрології. – 2012. – Том 20, № 3 (72). – С. 186.

12. Эффективность психообразовательных программ и реабилитации больных шизофренией / Е.И. Сухоиванова, В.Е. Кришталь: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Том 2 «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)», м. Харків, 10-12 жовтня 2012 р.: тези доповідей. – м. Харків, 2012. – С. 253.

13. Эффективність психоосвітні програм в комплексній терапії пацієнтів з шизофренією / Г.М. Кожина, В.І. Коростий, В.Є. Кришталь, О.І. Сухоиванова: П'ята науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в

діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладах», м. Вінниця, 2013 р.: тези доповідей. – м. Вінниця, 2013. – С. 78-79.

14. Современные подходы к системе реабилитации больных шизофренией / В.Е. Кришталь, А.А. Кришталь: Тезисы научно-практической конференции с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологи в современную медицину», АР Крым, г. Ялта, 2013 г.: тезисы докладов. – Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Том17, №2 (63). – С. 42-43.

15. The psychoeducation of psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia / G.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, O.I. Sukhoivanova, O.O. Kryshtal, V.E. Kryshtal // Departamento de Ciencias Medicas Division de Ciencias de la Salud Campus Leon. XIV Reunion Internacional de Ciencias Medicas, Mexico, Guanajuato, 2014: memorias. – Mexico, Guanajuato, 2014. – article: 36.

16. The psycho-social rehabilitation of patients with schizophrenia / H. Kozhyna, V. Korostiy, O. Kryshtal, V. Kryshtal // Abstracts book. XVI world congress of Psychiatry “Focusing on access, quality and humane care”, Madrid, Spain, 2014: Oral & poster communications. – Madrid, Spain, 2014. – Volume 4, p. 232.

17. Психообразование в системе социально-психологической реабилитации больных шизофренией / А.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Е. Кришталь, А.А. Кришталь: Матеріали науково-практичної конференції «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання)», м. Харків, 16-17 жовтня 2014 р.: тези доповідей. – м. Харків, 2014. – С. 63-64.

18. Эффективность психообразовательных занятий в системе лечения пациентов с шизофренией / А.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Е. Кришталь: Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи», м. Київ, 2014 р.: тези доповідей. – м. Київ, 2014. – С. 44-45.

19. Rehabilitation of women suffering with paranoid schizophrenia. / V. Mykhaylov, H. Kozhyna, K. Zelenskay, V. Korostiy, V.Kristal / Abstract title WPAА XVII World congress of psychiatry. Berlin. 2017.

20. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №257-2016. «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». / Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, В.Є Кришталь // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257 - 2016, Київ, 4с.

21. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №202-2017. «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію». / Г.М. Кожина, М.В. Маркова, К.О. Зеленська, В.Є Кришталь // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202 - 2017, Київ, 4с.

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах: міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 12.01.2012); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (Харків, 23-24.05.2013); V науково-практичній міжрегіональній конференції «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів» (Вінниця, 14.03.2013); конференції молодих вчених ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», присвяченій VII Всеукраїнському фестивалю науки та Дню науки «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології» (Харків, 23.04.2013); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (Харків, 23-24.05.2013); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інтеграция психиатрии, психотерапии и психологии в современную медицину» (АР Крым, г. Ялта, 6-07.06.2013); науково-практичній конференції «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення» (Харків, 24-25.04.2014); науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (Одеса, 9-10.10.2014); науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології» (Харків, 7-9.10.2015); Всеукраїнській конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання нейронаук» (Харків, 29.04.2016); Всеукраїнській конференції



молодих вчених та студентів «Міждисциплінарні аспекти психіатрії, неврології та медичної психології», яка присвячена 115-й річниці з дня народження професора Н. П. Татаренко (Харків, 16.12.2016); Всеукраїнській конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання нейронаук» (Харків, 26.04.2017).

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Луганського обласного  
наркологічного диспансеру  
(м. Лисичанськ)  
М.О. Овчаренко



«26» 12 2017 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.
2. Ким і коли запропонований  
Харківський національний медичний університет, м. Харків,  
пр. Науки 4, 2017 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.
4. Де і коли впроваджено  
Луганський обласний наркологічний диспансер, м. Лисичанськ.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
Покращення реабілітації хворих на шизофренію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження *даспушник головного лікаря з медичної частини Пріваккілова О.В.*

26.12.17  
(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головний лікар  
 Луганського обласного  
 наркологічного диспансеру  
 (м. Лисичанськ)  
 М.О. Овчаренко  
 «06» 02 2018 р.



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Луганський обласний наркологічний диспансер, м. Лисичанськ.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *заступник головного лікаря з медичної частини Фриванієва О.В.*

06.02.18  
 (дата)

(підпис)





«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головний лікар  
 Луганського обласного  
 наркологічного диспансеру  
 (м. Лисичанськ)  
 М.О. Овчаренко  
 «19» 04 2018 р.

#### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90). - С. 56-58.**
4. Де і коли впроваджено  
**Луганський обласний наркологічний диспансер, м. Лисичанськ.**
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *заступник головного лікаря з медичної частини Грохванілова ОВ*

19.04.18  
 (дата)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
  
 Головний лікар  
 Харківського міського  
 психоневрологічного  
 диспансеру №16  
 Гуржий Т.П.  
 «23» 02 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Харківський міський психоневрологічний диспансер №16.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Кіщенко  
Тетяна Григорівна  
 \_\_\_\_\_  
23.02.18 (дата) Тетяна (підпис)


 «ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головний лікар  
 Харківського міського  
 психоневрологічного  
 диспансеру №16  
 Гуржий Т.П.  
 «12» 03 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли впроваджено **Харківський міський психоневрологічний диспансер №16.**
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Григорівна  
Тетяна

12.03.18  
 (дата)

Гуржий Т.П.  
 (підпис)

  
**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 \_\_\_\_\_  
**Головний лікар**  
**Харківського міського**  
**психоневрологічного**  
**диспансеру №16**  
**Гуржий Т.П.**  
 «27» 04 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли введено **Харківський міський психоневрологічний диспансер №16.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

**Відповідальний(і) за впровадження** Ніщенко  
Тетяна Григорівна  
 \_\_\_\_\_  
27.04.18 (дата) \_\_\_\_\_ (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Головний лікар  
Харківської обласної  
психіатричної лікарні №1  
Вовк О.І.  
2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Харківська обласна психіатрична лікарня №1.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Вигудченко О.М.  
зав. відділу лікарів з мед. вартості

05.02.18  
(дата)

[Signature]  
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Головний лікар  
Харківської обласної  
психіатричної лікарні №1  
Вовк О.І.  
15.03.2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Харківська обласна психіатрична лікарня №1.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*Вовк О.І.*

15.03.18  
(дата)

*[Signature]*  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Головний лікар  
Харківської обласної  
психіатричної лікарні №1  
Вовк О.І.  
2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли введено Харківська обласна психіатрична лікарня №1.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*Лиздубово О.М.*  
*Залівець О.В. лікарка з мед. психології*

12.04.18  
(дата)

*(підпис)*  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Харківського міського  
психоневрологічного диспансеру №3  
Хімчан А.І.  
«25» 12 2017 р.



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Харківський міський психоневрологічний диспансеру №3.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*директор лікар-психіатр Кришталь В.Є.*

25.12.17

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Харківського міського  
психоневрологічного диспансеру №3  
Хімчан А.І.  
«26» 01.01.2018 р.

«26»

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли введено Харківський міський психоневрологічний диспансеру №3.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*Головний лікар - психіатр Кулікова ІС.*

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Харківського міського  
психоневрологічного диспансеру №3

Хімчан А.І.

«18»

2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90). – С. 56-58.**
4. Де і коли введено Харківський міський психоневрологічний диспансеру №3.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

*р.с.п.н.м.н. лікар-психіатр Кулікова Л.С.*

*18.04.18*  
(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник  
Клініки психіатрії та наркології  
Військово-медичного центру  
північного регіону  
Міністерства оборони України  
Полковник Заворотний В.І.  
«16» 01 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90). – С. 56-58.**
4. Де і коли введено Клініка психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону МО України.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

*начальник відділення Гольшица С.О.*

*16.01.18*

(дата)

(підпис)


**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Начальник  
 Клініки психіатрії та наркології  
 Військово-медичного центру  
 північного регіону  
 Міністерства оборони України  
 Полковник Заворотний В.І.  
 «05» 03 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли введено Клініка психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону МО України.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_  
*Начальник відділення Гольник С.О.*  
 \_\_\_\_\_  
 05.03.18  
 (дата) \_\_\_\_\_ (підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник  
Клініки психіатрії та наркології  
Військово-медичного центру  
північного регіону  
Міністерства оборони України  
Полковник Заворотний В.І.  
«29» 03 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли введено Клініка психіатрії та наркології Військово-медичного центру північного регіону МО України.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

*начальник відділення Гольшик С.О.*29.03.18  
(дата)\_\_\_\_\_  
(підпис)



**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**


**Головний лікар**  
**Одеського обласного медичного**  
**центру психічного здоров'я**  
**Волошук А.Є.**  
 «18» 01 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Леніна 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– 2017. - С. 56-58.**
4. Де і коли впроваджено **Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я.**
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

18.01.18  
 \_\_\_\_\_  
 (дата)

  
 \_\_\_\_\_  
 (підпис)

  
 «ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головний лікар  
 Одеського обласного медичного  
 центру психічного здоров'я  
 Волощук А.Є.  
 «10» 04 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Леніна 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я.**
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

10.04.2018  
 \_\_\_\_\_  
 (дата)

\_\_\_\_\_  
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
Харківської обласної клінічної  
психіатричної лікарні № 3  
Коваленко В.В.  
«27» 12 2017 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли введено Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *заступник генерального директора з лікувальної справи Коваленко В.В.*

27.12.17  
(дата)

*[підпис]*  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
Харківської обласної клінічної  
психіатричної лікарні № 3  
Коваленко В.В.  
«15» 01 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли впроваджено **Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3.**
5. Результати застосування методу за період з **2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *заступник генерального**директора з медичної частини Коваленко В.В.**15.01.18*  
(дата)*[Підпис]*  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
Харківської обласної клінічної  
психіатричної лікарні № 3  
Коваленко В.В.  
«06» 04 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли введено Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження *заступник генерального*  
*директора з методичної частини Коваленко В.В.*

*06.04.2018*  
(дата)

(підпис)


  
**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Головний лікар  
 Запорізької обласної  
 клінічної психіатричної лікарні  
 Паталах Ф.В.  
 «18» 01 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли введено Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

**Відповідальний за впровадження:**

Заступник головного лікаря  
 з лікувальної роботи КУ «ОКПЛ» ЗОР



Т. Г. Судовська

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Запорізької обласної  
клінічної психіатричної лікарні  
Паталах Ф.В.

«06» 03 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня.**
5. Результати застосування методу за період з **2016 по 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

**Відповідальний за впровадження:**  
Заступник головного лікаря  
з лікувальної роботи КУ «ОКПЛ» ЗОР



Т. Г. Судовська

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Головного лікаря  
 Запорізької обласної  
 клінічної психіатричної лікарні  
 Паталах Ф.В.  
 «17» 04 2018 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли введено Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

**Відповідальний за впровадження:**  
 Заступник головного лікаря  
 з лікувальної роботи КУ «ОКПЛ» ЗОР



Т. Г. Судовська



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.б. головного лікаря  
 КЗ СОР «Обласна  
 спеціалізована психіатрична  
 лікарня № 2»  
 Серeda O.B.  
 «30» 03 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено комунальний заклад Сумської обласної ради «Обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» с. Кудрявоє, Охтирського району, Сумської області.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

30.03.18  
 (дата)

AS  
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. головного лікаря  
 КЗ СОР «Обласна  
 спеціалізована психіатрична  
 лікарня № 2»  
 Серeda O.B.  
 «03» 04 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли впроваджено комунальний заклад Сумської обласної ради «Обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» с. Кудрявоє, Охтирського району, Сумської області.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

03.04.2018  
 (дата)

fe  
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. головного лікаря  
 КЗ СОР «Обласна  
 спеціалізована психіатрична  
 лікарня № 2»  
 Серeda O.B.  
 «27» 04 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Кришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.**
4. Де і коли введено комунальний заклад Сумської обласної ради «Обласна спеціалізована психіатрична лікарня №2» с. Кудрявоє, Охтирського району, Сумської області.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

27.04.2018  
 (дата)

[підпис]  
 (підпис)

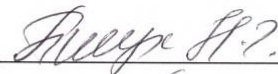
«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Вінницької обласної  
психоневрологічної лікарні  
ім. акад. О.І. Ющенка  
Клочко В.Л.  
«23» 03 2018 р.

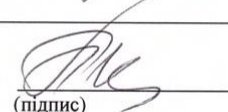
## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли впроваджено **Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка.**
5. Результати застосування методу за період з **1.12.2016 по 3.09. 2017 р.**  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

23.03.18

(дата)

  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Вінницької обласної  
психоневрологічної лікарні  
ім. акад. О.І. Ющенко  
Клочко В.Л.  
« 18 » / 04 2018 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90). – С. 56-58.**
4. Де і коли введено **Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко.**
5. Результати застосування методу за період з 3.02. по 19.10. 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

18.04.18  
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Першої обласної  
спеціалізованої лікарні  
м. Ромни  
Кульбачний В.П.  
2018 р.



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Система психоосвіти у хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Кришталь В.Є. Оцінка ефективності застосування системи психоосвіти у хворих на шизофренію / Кришталь В.Є. // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. - № 1 (90).– С. 56-58.**
4. Де і коли введено Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни.
5. Результати застосування методу за період з 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

15.01.2018  
(дата)

  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Першої обласної  
спеціалізованої лікарні  
м. Ромни  
Кульбачний В.П.  
«19» 03 2018 р.



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
**Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.**
2. Ким і коли запропонований  
**Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2017 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
**Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 257-2016 «Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Кришталь В.Є., Зеленська К.О. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2016. - 4 с.**
4. Де і коли введено Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
**Покращення реабілітації хворих на шизофренію.**
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

19.03.18  
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар  
Першої обласної  
спеціалізованої лікарні  
м. Ромни  
Кульбачний В.П.  
2018 р.



## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)  
Метод оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.
2. Ким і коли запропонований  
Харківський національний медичний університет, м. Харків,  
пр. Науки 4, 2017 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)  
Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 202-2017 «Метод психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію» / Кожина Г.М., Маркова М.В., Зеленська К.О., Қришталь В.Є. // Київ. - Укрмедпатентінформ МОЗ України. – 2017. - 4 с.
4. Де і коли введено Перша обласна спеціалізована лікарня м. Ромни.
5. Результати застосування методу за період з 2016 по 2017 р.  
Покращення реабілітації хворих на шизофренію.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, профілактика загострень у хворих на шизофренію.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження \_\_\_\_\_

11.04.2018  
(дата)

(підпис)