

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все клинические случаи свидетельствуют о высокой вероятности развития рецидива после гистерорезектоскопической абляции эндометрия в виде рака тела матки. При этом, вероятность такого рецидива намного выше, чем ее принято считать. Следовательно, эффективность данной процедуры далеко не так высока, а вероятность развития рецидива составляет от 15 до 30%. Поэтому динамическое наблюдение настороженность специалистов в отдаленном послеоперационном периоде играет весомую роль в раннем выявлении возможных рецидивов заболевания.

Литература:

1. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. В кн.: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней, под ред. В.И.Кулакова, Л.В.Адамян. М., 2000; 484–500.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: «ООО Издательство Фолиант», 2002. – 542 с.: ил.
3. Запорожан В.Н. Акушерство и гинекология. В двух книгах. – К.: Здоров'я, 2001. – 820 с., ил.
4. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство та гінекологія. - К.: Здоров'я, 1996. - 240 с.
5. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Гінекологічна патологія: Атлас: Навч. Посібник. – Одеса: Одес. Держ. Мед. ун-т, 2002. – 308с.
6. Клиническая онкогинекология: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. – М.: Медицина, 2005. – 376с.: ил.
7. Серов В.Н., Табакман Ю.Ю. Проблемы пери- и постменопаузального периода. Материалы симпозиума. М., 1996; 68–71.

Работа поступила в редакцию 23.07.2017 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

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

К. О. Стаханов

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

Одеський національний медичний університет, Україна

Summary. Stakhanov K. O. **INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MEN AND WOMEN WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION (PSD).** – *Odessa National Medical University, Ukraine; e-mail: stahanovkirill@gmail.com.* Currently, there are difficulties associated with differential diagnosis between schizophrenia and PSD, but it is known that the presence on the latter requires the introduction of specific measures of medical and social support for this category on patients, including the issues of adaptation and rehabilitation, improving the patients' under examination quality of life and social functioning. Therefore, complex psychodiagnosis is an important stage in the program for helping persons with PSD. 173 patients with PSD (68 men and 73 women) were examined. Defective individual psychological characteristics that negatively affect the social adaptation of patients and worse their quality of life were identified. Allocated characteristics will

become targets of psycho-correction interventions which will be used within the frame work of complex medical and psychological support.

Key words: post-schizophrenic depression, psychodiagnosis, individual psychological characteristics.

Реферат. Стаханов К. О. **ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ.** В настоящее время существуют сложности, связанные с дифференциальной диагностикой между шизофренией и постшизофренической депрессией, однако известно, что наличие последней требует внедрения специфических мероприятий медико-социального сопровождения данной категории больных, включая вопросы адаптации и реабилитации пациентов, повышения качества их жизни и социального функционирования. Поэтому комплексная психодиагностика является важным этапом программы помощи лицам с постшизофренической депрессией. В ходе работы было обследовано 173 больных постшизофренической депрессией (68 мужчин и 73 женщины). Определены дезадаптивные индивидуально-психологические характеристики, которые негативно влияют на социальную адаптацию пациентов и снижают их качество жизни. Выделенные характеристики в дальнейшем станут мишенями психокоррекционных вмешательств, которые будут использоваться в рамках комплексного медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, психодиагностика, индивидуально-психологические характеристики.

Резюме. Стаханов К. О. **ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ.** В наш час існують складнощі, пов'язані з диференційною діагностикою між шизофренією та постшизофренічною депресією (ПШД), проте відомо, що наявність останньої потребує впровадження специфічних заходів медико-соціального супроводу даної категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації пацієнтів, підвищення якості їх життя та соціального функціонування. Тому комплексна психодіагностика є важливим етапом програми допомоги особам з ПШД. В ході дослідження було обстежено 173 хворих на ПШД (68 чоловіків та 73 жінки). Визначено дезадаптивні індивідуально-психологічні характеристики, які негативно впливають на соціальну адаптацію пацієнтів та знижують їх якість життя. Виділені характеристики в подальшому стануть мішенями психокорекційних втручань, які використовуватимуться в межах комплексного медико-психологічного супроводу.

Ключові слова: постшизофренічна депресія, психодіагностика, індивідуально-психологічні характеристики.

Вступ. Дані про поширеність депресій при шизофренії в літературі досить суперечливі: за результатами досліджень, проведених різними авторами, коморбідні депресії зустрічаються у 10-70 % пацієнтів зі встановленим діагнозом шизофренія [1]. Серед категорії пацієнтів з ПШД відмічається підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей, рівня соціального функціонування [3]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на шизофренію – безробіття, низький матеріальний рівень, відсутність житла [7].

В Україні та інших країнах світу діагноз «Постшизофренічна депресія» медичні працівники не часто використовують, залишаючись в рубриці «Шизофренія». В зв'язку з цим виникає питання про диференційну діагностику між шизофренією та депресивним розладом, як необхідну умову для впровадження специфічних заходів медико-соціального супроводу даної категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації пацієнтів, підвищення якості їх життя та соціального функціонування [9].

Контингенти та методи дослідження. Дослідження проходило на протязі 2011-2017 р. р. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Критеріями включення до груп дослідження були:

- встановлений діагноз постшизофренічної депресії (F 20.4) [12];
 - термін захворювання від встановлення діагнозу більше ніж один рік;
 - відібрані для дослідження хворі мали досвід лікування два та більше разів;
 - хворі усвідомлювали зміст пропонованих методик, були в змозі їх виконати;
 - не мали коморбідних важких соматичних захворювань;
 - мали принаймні одного родича, який був зацікавлений в участі у запропонованій лікувально-реабілітаційній програмі;
 - свідомо надали письмову згоду на проведення дослідження.
- Критеріями виключення з дослідження були наступні:
- вперше діагностований психотичний епізод;
 - пацієнт мав інший виражений соматичний або психіатричний діагноз в стадії загострення;
 - хворий не мав родини або близьких родичів;
 - пацієнт мав виразний когнітивно-вольовий дефект, який заважав йому в достатній мірі слідувати інструкціям запропонованих методик;
 - відмова самого хворого або задіяного в дослідженні його родича, на будь-якому з етапів дослідження;
 - невідповідність будь-якому з критеріїв включення до дослідження.

На основі вищенаведених критеріїв, до участі було включено 141 хворих на ПШД (32 особи було виключено з подальшого дослідження). Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу (Г1), а 73 жінки – другу групу (Г2). Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам етики та моралі, вимогам дотримання прав людини, особистісних інтересів всіх учасників дослідження. Хворі та їх родичі були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

Методи дослідження, які використовувались в дослідженні: теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

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

Результати дослідження, їх обговорення. Серед психоемоційних особливостей пацієнтів з ПШД вивчали рівень тривоги та депресії, також агресивні тенденції.

Дані, отримані за тестом «Госпітальна шкала тривоги та депресії» наведено в табл. 1. Таблиця 1

Розподіл досліджених за рівнем тривоги та депресії (n, %)

Рівень	Г1 (n=68)		Г2 (n=73)	
	n	%	n	%
Рівень тривоги (HARS)				
високий рівень	29	42,65	41	56,16
середній рівень	31	45,59	27	36,99
низький рівень	8	11,76	5	6,85
Рівень депресії (HADS)				
високий рівень	42	61,76	39	53,42
середній рівень	26	38,24	34	46,58
низький рівень	0	0,00	0	0,00

Як свідчать дані, що наведені на табл. 1, серед чоловіків та жінок з ПШД переважали особи з середні та високим рівнем тривоги (Г1 – 88, 24 %; Г2 – 93,15 %). При цьому осіб з високим рівнем тривожності було більше серед жінок, у порівнянні з групою чоловіків ($p \leq 0,05$). Зважаючи на діагноз досліджених, природньо, що за результатами тесту, серед них

не було осіб без ознак депресії. Більшість пацієнтів, як Г1, так і Г2 мали високий рівень депресії (Г1 – 61,76 %; Г2 – 53,42 %), при цьому серед осіб з високим рівнем депресії достовірна більшість були представниками чоловічої статі ($p \leq 0,05$).

Додатково для дослідження депресивних тенденцій у досліджених використовували шкалу депресії А. Бека (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл досліджених за рівнем депресії (тест Бека) (n, %)

Рівень депресії	Г1 (n=68)		Г2 (n=73)	
	N	%	N	%
відсутність депресивних симптомів	0	0,00	0	0,00
легка депресія	5	7,35	6	8,22
субдепресивний стан	25	36,77	32	43,84
Депресивний стан	38	55,88	35	47,94

За допомогою методики А. Бека, дані якої наведені в таблиці 3.3, також не виявлено осіб без проявів депресії. Більшість пацієнтів як чоловічої, так і жіночої статі мали ознаки депресивного або субдепресивного стану (Г1 – 92,65 %; Г2 - 91,78 %).

Надалі вивчали наявність агресивних тенденцій у пацієнтів з ПШД (табл.3).

Таблиця 3

Структура і вираженість форм агресивної поведінки у обстежених (середні бали)

Форми агресивної поведінки	Середній бал	
	Г1 (n=68)	Г2 (n=73)
фізична агресія	56,4↑	46,2*
Вербальна агресія	62,9↑	54,0↑
непряма агресія	66,1↑↑	58,7↑↑
негативізм	73,6↑↑	65,4↑↑
роздратування	85,3↑↑	83,9↑↑
підозрілість	82,5↑↑	74,2↑↑
образа	61,8↑↑	72,5↑↑*
почуття провини	69,4↑↑	81,3↑↑*

Примітки: ↑↑ – високий рівень, ↑ – підвищений рівень.

* – різниця між групами є достовірною, $p \leq 0,05$.

Майже за всіма шкалами опитувальника в групах Г1 та Г2 отримано високі або підвищені значення. Найвищі значення в групі чоловіків отримано за шкалами роздратування (85,3 бала), підозрілості (82,5 бала) та негативізму (73, 6 бала); в групах жінок – за шкалами роздратування (83,9 бала), почуття провини (81,3 бала), підозрілості (74,2 бала) та образи (72,5 бала). Чоловіки достовірно частіше, у порівнянні з жінками, використовували фізичну агресію ($p \leq 0,05$). Жінки частіше, порівняно з чоловіками, почували образу та мали почуття провини ($p \leq 0,05$). Взагалі дослідження виявляє тенденцію до придушення прямого прояву агресії у вербальній або фізичній формі та схильність до використання проявів непрямой агресії, що може призводити до виникнення ауто агресивних тенденцій, в тому числі, суїцидальних думок та намірів.

Таким чином, проведене дослідження психоемоційних особливостей виявляє у досліджених чоловіків та жінок з ПШД підвищений рівень тривоги та депресії у сполученні з проявами непрямой агресії, що дозволяє віднести пацієнтів з ПШД до групи ризику щодо проявів суїцидальної поведінки та свідчить про необхідність організації постійного медико-психологічного супроводу з метою профілактики аутоагресивних дій серед даного контингенту.

Далі, серед індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з ПШД вивчали когнітивні характеристики: особливості уваги, пам'яті, мислення.

Дослідження особливостей запам'ятовування було здійснено за допомогою методики «10 слів» А. Р. Лурії. Висновки були зроблені на основі побудови кривих запам'ятовування, а усі отримані результати дослідження зображені на рис. 1

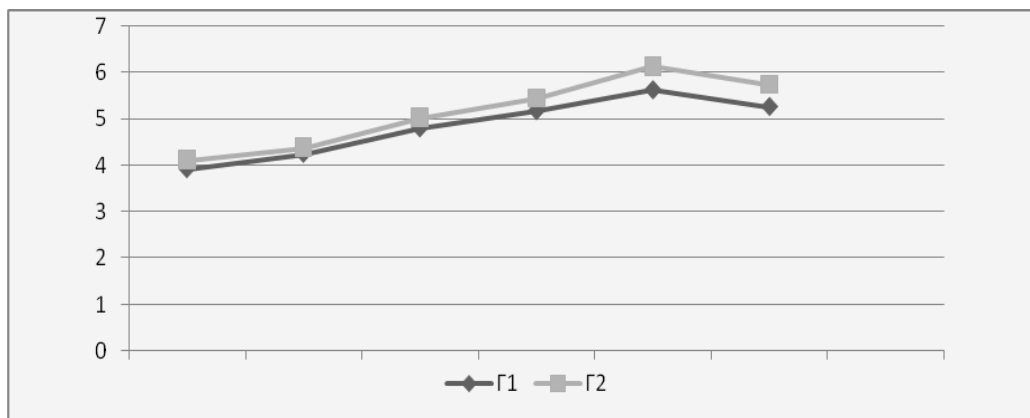


Рис. 1. Крива запам'ятовування 10 слів за тестом А. Р. Лурії в досліджених групах чоловіків та жінок з ПШД

Середні значення (зі стандартною похибкою середнього) кількості відтворених слів у чоловіків з ПШД при першому пред'явленні складала 5,06±0,12, при другому – 6,01±0,11, при третьому – 6,87±0,10, при четвертому – 7,03±0,11, при п'ятому – 6,78±0,11, при шостому – 6,36±0,16, при сьомому – 6,07±0,13. Середні значення (зі стандартною похибкою середнього) кількості відтворених слів у хворих на ПШД жінок при першому пред'явленні складала 5,06±0,16, при другому – 6,01±0,12, при третьому – 6,74±0,10, при четвертому – 7,05±0,11, при п'ятому – 6,63±0,13, при шостому – 6,52±0,13, при сьомому – 6,02±0,12.

Крива запам'ятовування у осіб обох груп, хворих на ПШД спочатку збільшувалася, а потім спадала вниз, що свідчило про виснажуваність уваги, астению та зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу. Достовірної різниці між групами Г1 та Г2, за даними тесту «10 слів» А. Р. Лурія не відмічалася ($p > 0,05$).

За допомогою методики «Коректурна проба» було досліджено такі параметри уваги, як стійкість, концентрація, розподіл і переключення уваги (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл досліджених за особливостями уваги (n,%)

Параметри уваги	Рівень	Г1 (n=68)		Г2 (n=73)	
		n	%	n	%
Стійкість	Низький	43	63,24	51	69,86
	Середній	25	36,76	22	30,14
	Високий	0	0,00	0	0,00
концентрація	Низький	44	64,71	55	75,34
	Середній	24	35,29	18	24,66
	Високий	0	0,00	0	0,00
Розподіл	Низький	51	75,00	53	72,60
	Середній	17	25,00	20	27,40
	Високий	0	0,00	0	0,00
переключення	Низький	42	61,76	44	60,27
	Середній	26	38,24	29	39,73
	Високий	0	0,00	0	0,00

За результатами вивчення параметрів уваги у всіх пацієнтів з ПШД виявлено зниження показників уваги. Так, зниження стійкості уваги визначено у 63,24 % чоловіків Г1 та 69,86 % жінок Г2; порушення концентрації уваги спостерігались у 64,71 % хворих Г1 та 75,34 % пацієнок Г2; зниження можливостей розподілу уваги характеризувало 75,00 % чоловіків Г1 та 72,60 % досліджуваних Г2; низький рівень переключення уваги зустрічався у 61,76 % хворих Г1 та 60,27 % пацієнтів Г2.

За даними методики «Піктограма» визначено характерний шизофренічний симптомо

комплекс, який включає в себе: недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання (15,60 % досліджуваних Г1 та 18, 23 % пацієток Г2) – при цьому хворі часто трактували дослідження відповідно до змісту своїх зверх цінних ідей; зниження числа адекватних образів (47, 47 % досліджуваних Г1 та 41,38 % жінок Г2) – при цьому визначались три типи неадекватних образів: неадекватні за змістом (Г1 – 37, 24 %; Г2 – 32,62 %); неадекватні за процесом структурування (Г1 – 29,83 %; Г2 – 31,43 %) – що було обумовлено порушенням динаміки психічних процесів; неадекватні за суб'єктивною значущістю і (Г1 – 27,65 %; Г2 – 29,64 %) – при цьому спостерігалась надмірна егоцентричність образів, або їх холодність, формальність, відчуженість; зниження числа стандартних образів (Г1 – 43, 23 %; Г2 – 39,63 %); наявність персеверативних тенденцій малюнків (Г1 – 25, 18 %; Г2 – 28,32 %).

Також було проведено аналіз гендерних особливостей піктограм. У більшості чоловіків (67, 32%) простежується збільшення числа атрибутивних образів, які є економічними у відношенні образотворчих засобів. Також досить часто зустрічаються конкретні образи (23,38 %), загальна властивість цих образів – їх відповідність конкретній ситуації. Водночас у жінок спостерігалось більше метафоричних (53,32 %) та графічних (46,32 %) образів (різниця між Г1 та Г2 є достовірною, $p < 0,05$).

Важливим критерієм якості життя є рівень соціального функціонування пацієнтів з ПШД. Тому в рамках дослідження вивчали особливості соціальної адаптації хворих.

Вивчали рівень вольової саморегуляції, під яким розуміли міру оволодіння власною поведінкою в різних ситуаціях, здатність свідомо керувати власними діями, станами і спонуканнями. Дані наведено у табл. 5.

Таблиця 5

Опитувальник ВСК (середній бал)

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

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

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

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

Як вже вказувалось раніше, для пацієнтів з ПШД існує ризик реалізації аутоагресивних тенденцій у вигляді суїцидальної поведінки. Тому на психодіагностичному етапі дослідженням було запропоновано опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т.Н. Разуваєвої) для визначення ризику реалізації суїцидальних намірів. Дані наведено в табл. 6.

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

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

Розподіл досліджених за ступенем ризику суїцидальної поведінки (середні бали)

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

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

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

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

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

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

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

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

Важливим критерієм ефективності/неефективності наданої допомоги є зміни показників якості життя пацієнтів, тому на етапі психодіагностики використовували опитувальник якості життя (табл. 7).

Таблиця 7

Показники якості життя пацієнтів з ПШД (сер. бал)

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

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

Висновки

1. Визначено характерні психоемоційні особливості пацієнтів з ПШД. Серед чоловіків та жінок з ПШД переважали особи з середні та високим рівнем тривоги, при цьому осіб з високим рівнем тривожності було більше серед жінок, у порівнянні з групою чоловіків ($p \leq 0,05$). Більшість пацієнтів, як Г1, так і Г2 мали високий рівень депресії, при цьому серед осіб з високим рівнем депресії достовірна більшість були представниками чоловічої статі ($p \leq 0,05$). Дослідження виявляє тенденцію до придушення прямого прояву агресії у вербальній або фізичній формі та схильність до використання проявів непрямой агресії, що може призводити до виникнення аутоагресивних тенденцій, в тому числі, суїцидальних думок та намірів.

2. Серед когнітивних особливостей, притаманних хворим на ПШД, слід зазначити: виснажуваність уваги, астенію та зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу, зниження концентрації, розподілу та переключення уваги, специфічні особливості мислення, характерні для шизофренічного симптомокомплексу.

3. В рамках дослідження описано специфічні соціально-психологічні особливості хворих. Показники рівня самоконтролю у пацієнтів з ПШД були низькими (Г1 – 6,5 бала, Г2 – 6,8 бала); ризик суїцидальної поведінки у жінок був достовірно меншим, у порівнянні з чоловіками ($p \leq 0,05$); показники якості життя в цілому знаходились в діапазоні середніх значень: найнижчі бали як у чоловіків, так і у жінок з ПШД, були пов'язані з факторами «громадська та службова підтримка» (Г1 – 3,9 бала, Г2 – 3,6 бала), «самореалізація» (Г1 – 3,4 бала, Г2 – 3,0 бала), «духовна реалізація» (Г1 – 3,2 бала, Г2 – 2,9 бала), «загальне сприйняття якості життя» (Г1 – 3,8 бала, Г2 – 3,5 бала).

Література:

1. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21. – № 4 (77). – С. 90-93.
2. Козидубова В. М. Связанные с возрастным фактором особенности патопсихологических симптомокомплексов при депрессивных состояниях различного генеза / В. М. Козидубова // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2013. – № 2. – С. 35-37.
3. Аймедов К. В. Исследование системности индивидуально-типологических особенностей личности у больных маниакально-депрессивным психозом и шизофренией (сетчато-топологическая модель психики) / К. В. Аймедов, Б. А. Лобасюк, И. О. Примачек, А. П. Савостин // Journal of Health Sciences. – 2014. – 04 (01). – Р. 427 - 440.
4. Бессмертный А. В. Особенности катамнеза внутренней картины болезни в контексте автобиографических воспоминаний у больных шизофренией / А. В. Бессмертный, И. Ф. Пирогов, С. Г. Гринвальд // Медична психологія. – 2013. – №2. – С.32-38.
5. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей / О. Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 4 (89). – С. 47-53.
6. Вербенко В. А. Нейрокогнітивні розлади при шизофренії: патогенез, клініка, діагностика, терапія. автореф. д-ра мед. наук.14.01.16 / В. А. Вербенко.-Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 34 с.
7. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т.14. – № 1. – С. 37-53.
8. Гуменюк Л.Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество

(бездомные) / Л. Н. Гуменюк // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1. – С. 9-12.

9. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7-14.

10. Маркова М. В. Психосвітня сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М.В. Маркова, А.М. Кожина // Український вісник психоневрології. – 2012. – № 3 (72). – С. 198.

11. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2013. – № 8 (53). – С. 16-20.

12. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). – К.: Сфера, 2000. – 464 с.

13. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.

References:

1. Kozhina A. M., et al. Modern approaches to the therapy of depressive disorders // Ukr Herald Psychoneurol. – 2013. – Vol. 21. – № 4 (77). – P. 90 – 93 (Rus.).

2. Kozidubova VM. Age-related peculiarities of pathopsychological symptomocomplexes at depressive conditions of different genesis // Probl contin medical education and science. – 2013. – № 2. – P. 35-37 (Rus.).

3. Aymedov KV., et al. Investigation of systemacity individual-typological peculiarities of a personality in manic-depressive psychosis and schizophrenia patients (cancelled-topological model of psychic) // Journal of Health Sciences. – 2014. – 04 (01). – P. 427 – 440 (Rus.).

4. Bessmertny AV., et al. Peculiarities of catamnesis of disease inner picture in the context of autobiographical reminiscences in schizophrenia patients // Med Psychol. – 2013. – №2. – P. 32-38 (Rus.).

5. Buzdigan OG. Differentiated approaches to psycho-social rehabilitation of schizophrenia patients with taking into account of clinical-and-funcntional gender features // Ukr herald psychoneurol. – 2016. – Vol. 24, № 4 (89). – P. 47-53 (Ukr.).

6. Verbenko VA. Neurocognitive disorders at schizophrenia: pathogenesis, clinics, diagnosis, therapy: Synopsis of a doctorial thesis in medicine; spec. 14.01.16.- Kiev, 2008. – 34 p. (Ukr.)

7. Ashirbekov BM. Social functioning and quality of life of patients with post-schizophrenia depressions // Probl Mental Med Ecol. – 2008. – Vol. 14. – № 1. – P. 37-53 (Rus.).

8. Gumenuck LN. Clinical-and-social features of the persons with psychic disorders and limited possibility to integrate into society (homeless persons // Ukr J Psychoneurol. – 2008. – Vol. 16, iss. 1. – P. 9-12 (Rus.).

9. Gurovich IYA., et al. Recovery at schizophrenia. Conception «Recovery» // Soc Clin Psychiatry. – 2008. – Vol 18, № 2. – P. 7-14 (Rus.).

10. Markova MB., et al. Psychoeducational family psychotherapy in the complex treatment of paranoid schizophrenia patients // Ukr Herald Psyconeuro. – 2012. – № 3 (72). – P. 198- 203 (Rus.).

11. Maruta NA. Renewval of social functioning – the main objective of depressions' therapy // NeuroNEWS: Psychoneurol Neuropsychiatry. – 2013. – № 8 (53). – P. 16-20 (Rus.).

12. Pocket guide to ICD-10: Classification of psychic and behavioral disorders (with glossary and researches diagnostic criteria). – Kiev: Sphera, 2000. – 464 p. (Rus.)

13. Raygorodsky DYa. Practical Psychodiagnosics. Methods and Tests. –Samara: Bakhrakh-M, 2002. –672 p. (Rus.).

Работа поступила в редакцию 03.07.2017 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования