

DOI: 10.26693/jmbs02.04.115

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

Стаханов К. О.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФІЧНОГО СІМЕЙНОЦЕНТРОВАНОГО СУПРОВОДУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

Одеський національний медичний університет, кафедра психології

stahanovkirill@gmail.com

Метою даного дослідження стало вивчення гендерних клініко-психопатологічних та індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з постшизофренічною депресією, та розробка та впровадження заходів медико-психологічного сімейноцентрованого гендерно-специфічного супроводу пацієнтів з постшизофренічною депресією. До участі в дослідженні було включено 141 хворих на постшизофренічну депресію. Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою. Програма медико-психологічного супроводу включала два етапи: перший проводився впродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість, другий етап, психопрофілактичний, підтримуючий, було організовано в амбулаторний період.

Ключові слова: постшизофренічна депресія, медико-психологічний супровід, гендер, сімейноцентрованість.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом планової НДР кафедри психології Одеського національного медичного університету МОЗ України «Соціально-психологічні, клінічні аспекти психічних та поведінкових розладів: діагностика, терапія, профілактика», № держ. реєстрації 0113U001633.

Вступ. За сучасними уявленнями, реєстрацію афективних порушень, зокрема депресії у хворих шизофренією, можна вважати скоріше правилом, ніж винятком, депресивні порушення зустрічаються на будь-якому етапі розвитку шизофренії і при будь-якій формі її перебігу [1]. До 60 % пацієнтів, які страждають на шизофренію, в перебіг захворювання переносять депресію [1, 2]. Депресію при шизофренії розглядають як резистентний симптом, наявність якого негативно впливає на терапевтичний прогноз, підсилює суб'єктивні страждання пацієнта, сильно підвищує ризик суїциду, збільшує тривалість термінів госпіталізації, може привести до погіршення перебігу хвороби [2]. Ефективним способом лікування прогредієнтних форм шизофренії на

стадії формування ремісії, після купування гострого психотичного стану, є сполучення комплексної психофармакотерапії, психотерапії та соціальної реабілітації [3, 4, 5]. Така комплексна терапія сприяє поглибленню і подовженню ремісії, знижує рівень інвалідності та підвищує соціальний статус пацієнтів [6]. Хворі розглянутої групи, крім лікування, потребують реабілітаційних заходів, спрямованих на соціально-трудова адаптацію з постійним підбором для них адекватної трудової і професійної діяльності [5].

Дане дослідження присвячене вивченню постшизофренічної депресії, її клініко-психопатологічних особливостей, адаптації пацієнтів з даною патологією, а також розробці підходів до реабілітації. Інтерес до вивчення даної патології продиктований значними медичними, соціальними та економічними наслідками шизофренії, пов'язаними з хронічним перебігом, високим відсотком осіб з інвалідністю серед хворих, високою вартістю лікування. У сучасних дослідженнях абсолютно справедливо в фокус уваги увійшли проблеми соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію [4, 5, 7, 8]. Саме тому оцінка та врахування стану цих показників у конкретного індивіда стає не тільки важливим критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, але визначає коло організаційних проблем в системі охорони здоров'я [9].

Метою дослідження стало вивчення гендерних клініко-психопатологічних та індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з ПШД, та розробка та впровадження заходів медико-психологічного сімейноцентрованого гендерно-специфічного супроводу пацієнтів з постшизофренічною депресією.

Об'єкт і методи дослідження. Психодіагностичне дослідження хворих включало: шкалу позитивних і негативних синдромів (PANSS); для вивчення психоемоційних особливостей пацієнтів з постшизофренічною депресією: шкалу HADS/HARS; шкалу депресії Бека; опитувальник рівня

агресії А. Басса-А.Дарки. Когнітивна сфера оцінювалась за допомогою методик: «10 слів» за А. Р. Лурією (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та метод піктограм. Опитувальник вольового самоконтролю (ВСК) використовували для вивчення особливостей вольової сфери, опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої) дозволив виявити суїцидальні тенденції у досліджених. Дослідження якості життя пацієнтів проводилось за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruirerzer, Liu & Yoon, 1999, рівень соціального функціонування оцінювався за допомогою шкали дисфункціональних відносин (DAS). Методику В.А. Абрамова застосовано для оцінки ресурсу родини [10].

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалась за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0 for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерію Ст'юдента, U-критерію Манна-Уїтні, j-критерію Фішера та χ^2 -критерію Пірсона. В усіх

випадках порівнянь визначалася ймовірність розходжень «р». Розходження враховувались як статистично значимі при $p < 0,05$ [11].

Дослідження складалось з чотирьох етапів (рис.). На першому етапі здійснювали набір в групі дослідження за критеріями включення-виключення, вивчали соціально-демографічні характеристики досліджених чоловіків та жінок, а також проводили психодіагностику з метою вивчення індивідуально-психологічних особливостей чоловіків та жінок з ПШД. З індивідуально-психологічних особливостей вивчали психоемоційні, когнітивні, психосоціальні та якість життя. Дослідження проходило на протязі 2012-2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». В ході дослідження було обстежено 173 хворих на постшизофренічну депресію, 141 з них включено до дослідження (32 особи було виключено з подальшого дослідження). Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу (Г1),

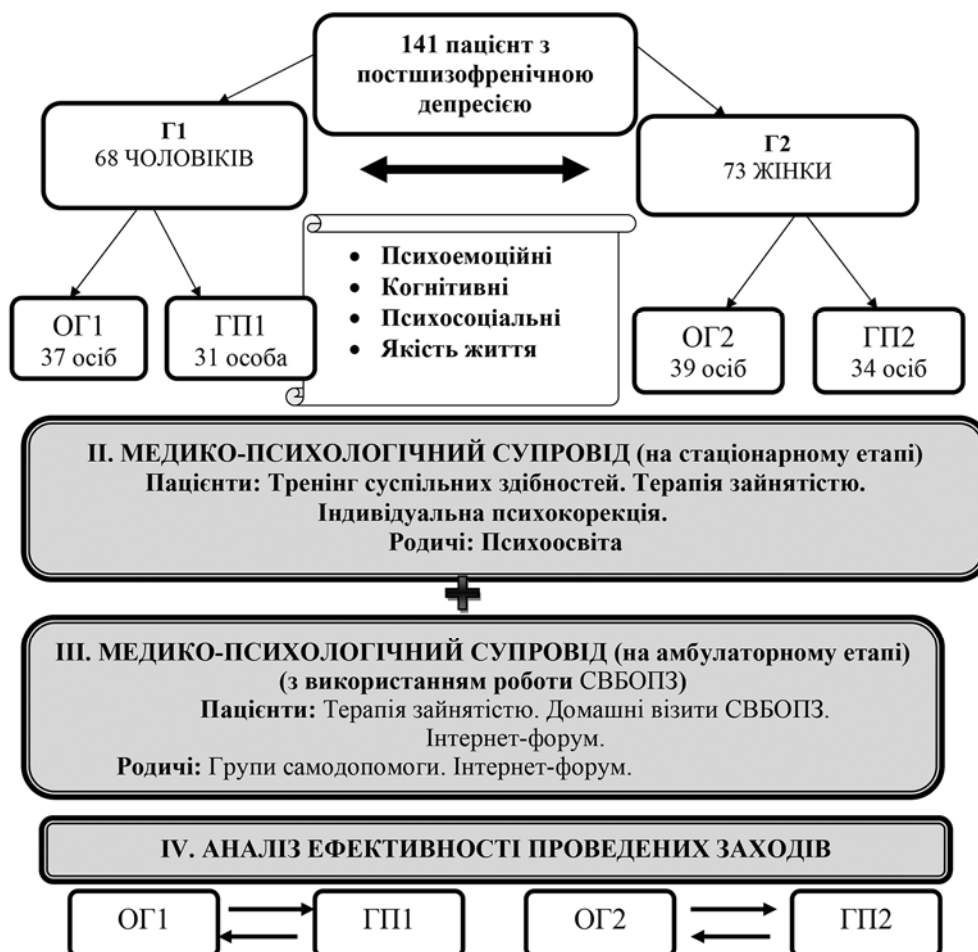


Рис. Дизайн дослідження

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.

На етапі включення хворих до участі у дослідженні обстежуваним роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода на участь у дослідженні. Хворим та їх родичам пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільною та конфіденційною, а також вони були ознайомлені з правом відмови від участі у дослідженні. Серед соціально-демографічних характеристик досліджених вивчали вікову та статеву належність, вік дебютування та загальний термін захворювання, рівень освіти, сімейний стан та рівень матеріального достатку.

На другому етапі, з урахуванням визначених мішеней психокорекції, було розроблено та впроваджено комплексний медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД на стаціонарному етапі, який включав участь родичів та складався із тренінгу суспільних здібностей, терапії зайнятостю. Пацієнти проходили індивідуальне психологічне консультування. Для родичів пацієнтів було організовано програму психоосвітніх втручань.

На третьому етапі було впроваджено програму медико-психологічного супроводу на амбулаторному етапі, у реалізації якого важливу роль відігравав міждисциплінарний підхід роботи фахівців.

Для пацієнтів на третьому етапі дослідження було організовано домашні візити, які здійснювались спільнотою виїзною бригадою охорони психічного здоров'я з метою попередження психотичних проявів у пацієнтів та профілактики зайвих госпіталізацій у психіатричний стаціонар. Пацієнтам та їх родичам надавались рекомендації щодо адаптації середовища вдома, на робочому місці, в інших місцях, де пацієнти могли перебувати. Для пацієнтів продовжували терапію зайнятостю. Також було створено інтернет портал, на якому пацієнти з ПШД могли спілкуватись один з одним, ставити питання фахівцям. З метою підтримки та інформування родичів пацієнтів з ПШД було створено групи самопомогі та інтернет-форум.

На четвертому етапі дослідження було визначено ефективність проведених заходів шляхом співставлення результатів в основних та контрольних групах.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження визначено клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з ПШД. Серед позитивних симптомів у чоловіків достовірно частіше, у порівнянні з жінками, відміча-

лись: галюцинаторна поведінка (Г1 – 5,5 бала; Г2 – 4,3 бала, $p \leq 0,05$), психомоторне збудження (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 5,1 бала, $p \leq 0,05$), підозрілість-переслідування (Г1 – 5,9 бала; Г2 – 4,2 бала, $p \leq 0,05$), ворожість (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,5 бала, $p \leq 0,05$). У жінок частіше, у порівнянні з чоловіками, домінували манія величі (Г1 – 3,0 бала; Г2 – 4,6 бала, $p \leq 0,05$). Серед негативних симптомів у чоловіків переважали: сплющення афекту (Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,6 бала, $p \leq 0,05$), емоційна відгородженість (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,0 бала, $p \leq 0,05$), зниження комунікабельності (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 3,9 бала, $p \leq 0,05$), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,1 бала, $p \leq 0,05$). У жінок в межах негативного синдрому достовірно частіше, у порівнянні з чоловіками, спостерігались порушення абстрактного мислення (Г1 – 5,6 бала; Г2 – 6,1 бала, $p \leq 0,05$). Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерними були соматизація (Г1 – 4,0 бала; Г2 – 5,6 бала, $p \leq 0,05$), почуття провини (Г1 – 4,5 бала; Г2 – 5,8 бала, $p \leq 0,05$), манірність рухів та поз (Г1 – 4,1; Г2 – 5,9 бала, $p \leq 0,05$), зниження уваги (Г1 – 4,9 бала; Г2 – 5,2 бала), порушення критики та розважливості (Г1 – 5,0 бала; Г2 – 5,7 бала, $p \leq 0,05$); чоловікам більш властивими були тривожні прояви (Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,4 бала, $p \leq 0,05$), аутизація (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,9 бала, $p \leq 0,05$), та соціальна ізоляція (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 4,5 бала, $p \leq 0,05$).

Виявлено індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з постшизофренічною депресією.

Серед чоловіків та жінок з ПШД переважали особи з середнім 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 ($p \leq 0,05$). 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 достовірно більшість були представниками чоловічої статі ($p \leq 0,05$). 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 аутоагресивних тенденцій, в тому числі, суїцидальних думок та намірів.

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 % пацієток 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. Можливості пам'яті пацієнтів з ПШД відповідали віковій нормі, при цьому через виснаженість уваги та астенію спостерігалось зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу. Серед особливостей мислення у більшості чоловіків (67,32 %) простежувалось збільшення числа атрибутивних і конкретних образів (23,38 %). У жінок спостерігалось більше метафоричних (53,32 %) та графічних (46,32 %) образів (різниця між Г1 і Г2 є достовірною, $p \leq 0,05$).

Середні бали за всіма шкалами опитувальника вольового самоконтролю були низькими (Г1 – 6,5 бала, Г2 – 6,8 бала). 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). 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). Позники якості життя в цілому знаходились в діапазоні середніх значень. Біля половини чоловіків та жінок з ПШД мали поганий або дуже поганий рівень адаптації (Г1 – 67,65 %; Г2 – 46,58 %), при цьому жінки були достовірно більш адаптованими, у порівнянні з чоловіками ($p \leq 0,05$). За оцінкою досліджених рівень соціальної підтримки, яку вони відчувають, був низьким, при цьому найменші оцінки стосувались фактору «соціальна підтримка від «значимих інших» (Г1 – 0,9 бала; Г2 – 0,6 бала).

Визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву ПШД: *біологічні*: генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації; *психологічні*: порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівню тривоги, депресивні тенденції, агресивність; *мікросоціальні*: відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на роботі, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи; *макросоціальні*: відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі.

Обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерно-специфічний сімейноцентрикований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД з урахуванням визначених мішеней психокорекції. Супровід на стаціонарному етапі включав участь родичів та складався із тренінгу суспільних здібностей, терапії зайнятостю, індивідуального психологічного консультування. Для родичів пацієнтів було організовано програму психоосвітніх втручань. На амбулаторному етапі в межах супроводу було організовано домашні візити, які здійснювались спільною виїзною бригадою охорони психічного здоров'я з метою попередження психотичних проявів у пацієнтів та профілактики зайвих госпіталізацій у психіатричний стаціонар. Для пацієнтів продовжували терапію зайнятостю. Також було створено інтернет портал, на якому пацієнти з ПШД та їх родичі могли спілкуватись один з одним, ставити питання фахівцям. Для родичів пацієнтів було організовано роботу груп самодопомоги. Апробація заходів психосоціального супроводу показала їх ефективність в 72,37 % випадків ($p \leq 0,05$).

Таким чином, проведене дослідження доводить, що підвищувати якість реабілітаційної допомоги пацієнтам психіатричних стаціонарів необхідно завдяки впровадженню сучасних, а також форм і методів роботи з душевнохворими на основі сімейно-орієнтованого підходу. Підвищувати кваліфікацію лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників. Проводити професійну підготовку фахівців з питань реабілітації в психіатрії на базі психіатричних стаціонарів, диспансерів та кафедр ВНЗ.

Висновки

1. Визначено характерні індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з ПШД: *психоемоційні* – підвищення тривоги, депресії, аутоагресивні тенденції; *когнітивні* – виснаженість уваги, астенія та зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу, зниження концентрації, розподілу та переключення уваги, специфічні особливості мислення, характерні для шизофренічного симптомокомплексу; *соціально-психологічні* низький рівень самоконтролю, ризик суїцидальної поведінки, низький рівень використання ресурсів соціальної підтримки, зниження якості життя.
2. Виділено основні чинники ризику рецидиву при ПШД: *біологічні*: генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації; *психологічні*: порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівню тривоги, депресивні тенденції, агресивність; *мікросоціальні*: відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на

роботи, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи; *макросоціальні*: відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі.

3. В клінічну практику впроваджено програму медико-психологічного супроводу, який включав два етапи: перший проводився впродовж стаціонарного лікування та мав психокорекційну спрямованість, другий етап, психопрофілактичний, підтримуючий, було організовано в амбулаторний період. Визначено, що впроваджений авторський медико-психологічний супровід є ефективним і дозволяє значно покращити якість життя хворих (статистична різниця між основними групами та відповідними групами порівняння на етапі після корекції є достовірною, $p \leq 0,05$).

Перспективи подальших досліджень. Виявлені автором дезадаптивні особливості в клініко-психопатологічній, індивідуально-психологічній та

психосоціальної сферах, з урахуванням гендерного аспекту, сприяють виявленню мішеней фармако- та психотерапевтичного впливу, що підвищує якість надання допомоги хворим на параноїдну шизофренію та їх родинам. Отримані в процесі дослідження дані дозволяють оптимізувати діагностичний процес щодо пацієнтів з ПФШ, що, взагалі, сприятиме подальшому вдосконаленню та підвищенню ефективності лікувально-діагностичної та профілактичної роботи з пацієнтами та їх родинами. Нові дані даного дослідження щодо гендерної специфіки порушень при ПФШ дозволяють уточнити діагностичний інструментарій, впровадити адекватні методи фармакотерапії, психотерапії та розробити індивідуальну програму психосоціальної реабілітації для кожного хворого та його родини. Результати дослідження та сформульовані висновки призначені для застосування в практичній роботі психіатрів, психотерапевтів, медичних та практичних психологів, реабілітологів, соціальних працівників.

References

1. Mikhaylov BV. Sovremennoe sostoyanie problemy shizofrenii (obzor literatury). *Ukrayinskiy visnik psikhonevrologiyi*. 2010; 4 (65): 39-47. [Russian].
2. Maruta NA. Vosstanovlenie sotsialnogo funktsionirovaniya – osnovnaya tsel terapi i depressii. *NeyroNEWS: psikhonevrologiya i neyropsikhiatriya*. 2013; 8 (53): 16-20. [Russian].
3. Pinchuk IYA, Kolodyezhnyi OV, Ladyk–Bryzhalova AK, Yachnik YuV. Spilnotni sluzhby okhorony psikhichnoho zdorov'ya – perspektyvnyi napryam rozvytku psykhiatrychnoi sluzhby Ukrainy. *Ukraina. Zdorov'ya natsiyi*. 2016; 4 (40): 162-6. [Ukrainian].
4. Maruta NO, Yur'yeva LM, Panko TV. *Pervynnyi psykhotychnyi epizod: diahnostyka, farmakoterapiya ta psykhosotsialna rehabilitatsiya (metodychni rekomendatsiyi)*. Kharkiv, 2010. 31 s. [Ukrainian].
5. Ashirbekov BM. Sotsialnoe funktsionirovanie i kachestvo zhizni bolnykh s postshizofrenicheskimi depressiyami. *Voprosy mentalnoy meditsiny i ekologii*. 2008; 14 (1): 37-53. [Russian].
6. Gumenyuk LN. Kliniko-sotsialnaya kharakteristika stradayushchikh psikhicheskimi rasstroystvami s ogranichennoy sposobnostyu integratsii v soobshchestvo (bezdomnye). *Ukrayinskiy visnik psikhonevrologiyi*. 2008; 16 (1): 9-12. [Russian].
7. Prib HA. Dysfunktsiya sotsialnykh roley u patsiyentiv, yaki strazhdayut na psykhični rozlady. *Arkhiv psykhiatriyi*. 2007; 1: 26-33. [Ukrainian].
8. Buzdyhan OH. Dyferentsiyovani pidkhody do psykhosotsialnoi rehabilitatsiyi khvorykh na shyzofreniyu z urakhuvanniam kliniko-funktsionalnykh hendernykh osoblyvostey. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiyi*. 2016; 24 (89): 47-53. [Ukrainian].
9. Ryapolova TL. *Rannya rehabilitatsiya khvorykh na shyzofreniyu (biopsykhosotsialna model): avtoref. diss. ... doktora med. nauk. Abstr. Dr. Sci. (Med.)*. Kharkiv, 2010. 32 s. [Ukrainian].
10. Raygorodskiy DYа. *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy*. Samara: «Bakhrakh-M», 2002. – 672 s. [Russian].
11. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispolzovaniem Excel*. Kiev: Morion, 2001. 408 s. [Russian].

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

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФИЧЕСКОГО СЕМЕЙНОЦЕНТРИРОВАННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Стаханов К. О.

Резюме. Целью данного исследования стало изучение гендерных клинико-психопатологических и индивидуально-психологических особенностей пациентов с ПШД, и разработка и внедрение мероприятий медико-психологического симейноцентрированного гендерно-специфического сопровождения пациентов

с постшизофренической депрессией. Для участия в исследовании были включены 141 пациент с постшизофренической депрессией. Все обследованные были разделены на две группы по гендерному признаку. Программа медико-психологического сопровождения включала два этапа: первый проводился в течение стационарного лечения и имел психокоррекционную направленность, второй этап, психопрофилактический, поддерживающий, был организован в амбулаторный период.

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, медико-психологическом сопровождение, гендер, семейноцентрированность.

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

Organization of Medical and Psychological Gender-Special Family Certified Support for Patients with Post-Schizophrenic Depression
Stakhanov K. O.

Abstract. This research is devoted to the study of post-schizophrenic depression, its clinical and psychopathological features, the adaptation of patients with this pathology, and the development of approaches to rehabilitation. Interest in the study of this pathology is dictated by significant medical, social and economic consequences of schizophrenia associated with chronic course, high percentage of people with disabilities among patients, high cost of treatment. Therefore, the purpose of this study was to study the gender clinical and psychopathological and individual psychological characteristics of post-schizophrenic depression patients, and to develop and implement measures for the medical-psychological family-centered gender-specific support of post-schizophrenic depression patients. 141 patients with post-schizophrenic depression participated in the study. All the subjects were divided into two groups according to gender: 68 men were the first group (G1), and 73 women comprised the second group (G2). Terms of work corresponded to generally accepted norms of ethics and morality, the requirements of observance of human rights, personal interests of all participants in the study. The patients and their relatives were acquainted with the subject, purpose and methods of this study.

According to the results of the study, characteristic of individual psychological features of patients with PSD are defined: psycho-emotional - anxiety increase, depression, auto-aggressive tendencies; cognitive - depletion of attention, asthenia and reduction of the efficiency of memorization of verbal material, reduction of concentration, distribution and switching of attention, specific features of thinking, characteristic of the schizophrenic symptom complex; socio-psychological low level of self-control, the risk of suicidal behavior, low use of social support resources, lower quality of life.

The main distinguished factors of relapse risk at PSD are the following: biological: genetic burden, organic disorders, prenatal factors, intoxication; psychological disorders: attention violation, memory impairment, mental disorder, increased level of anxiety, depressive tendencies, aggressiveness; micro-social: lack of understanding and support in the family, conflicts, lack of own housing, lonely accommodation, lack of understanding at work, lack of friends and relatives, absence or loss of employment; macro-social: lack of tolerant attitude in society, low level of awareness in the community, lack of multidisciplinary support system at the outpatient stage.

In clinical practice, we introduced the program of medical and psychological support, which included two stages: the first was conducted during inpatient treatment and had a psycho-correction orientation, the second stage – psycho prophylaxis/ supportive, was organized in the outpatient period. It is determined that implemented author's medical and psychological support is effective and can significantly improve the quality of patients life (the statistical difference between the main groups and the corresponding groups in comparison at the stage after the correction is reliable, $p \leq 0.05$).

Thus, the conducted research proves that improving the quality of rehabilitation care for patients in psychiatric inpatient facilities is necessary due to the introduction of modern family-oriented approach – forms and methods of work with mentally ill people and their families. The qualification help of psychiatrists, psychotherapists, psychologists, social workers was also provided to these families. To solve the problem we need to conduct professional training of specialists on rehabilitation in psychiatry based on psychiatric inpatient institutions, dispensaries and departments of higher educational institutions.

Keywords: post-schizophrenic depression, medical and psychological support, gender, family-centeredness.

Стаття надійшла 17.08.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування