

О. Г. Буздиган

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Е. Г. Буздыган

Дифференцированные подходы к психосоциальной реабилитации больных шизофренией с учетом клиники-функциональных гендерных особенностей

O. G. Buzdyhan

Differentiated approaches to psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in view of clinical and functional gender peculiarities

Мета роботи — розроблення й обґрунтування диференційованих підходів до психосоціальної реабілітації пацієнтів з параноїдною шизофренією (ПШ) з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Комплексно обстежено 420 хворих на ПШ, поділених на дві групи: 210 чоловіків та 210 жінок. Середній вік обстежених хворих склав $44,3 \pm 11,6$ роки, чоловіків — $43,9 \pm 9,6$ роки, жінок — $44,7 \pm 13,2$ роки.

В основу диференціації психосоціальної реабілітації хворих на ПШ покладено дві тези: 1) хворі на ПШ мають потребу в уміннях і навичках, а також у підтримці з боку оточення, для відповідної реалізації власної ролі в побутовій, соціальній, трудовій і сімейній сферах; 2) при зміні навичок й/або підтримки у оточенні особи, які страждають на шизофренію, стають більш здатними до реалізації обраних ними ролейових функцій при врахуванні клініко-функціональних гендерних особливостей.

В роботі сформульовані принципи, описані структура та технологія психосоціальної реабілітації хворих на ПШ з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей. Обґрунтовано, що реабілітаційні заходи у чоловіків та жінок з ПШ мають відрізнятися в залежності від руйнування параметрів життєдіяльності у сферах функціонування, що визначається їх клініко-функціональними гендерними особливостями.

Психосоціальна реабілітація хворих на ПШ має бути системною, комплексною і диференційованою, та повинна здійснюватися в рамках роботи мультидисциплінарної бригади фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог або спеціаліст з медичної і психологічної реабілітації, соціальний працівник), кінцевою метою якої було б покращання якості життя та адаптація пацієнтів до наявного рівня функціонування, з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, чоловіки, жінки, функціональний діагноз, клініко-функціональні особливості

Цель работы — разработка и обоснование дифференцированных подходов к психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией (ПШ) с учетом их клинко-функциональных гендерных особенностей.

Комплексно обследовано 420 больных ПШ, разделенных на две группы: 210 мужчин и 210 женщин. Средний возраст обследованных больных составил $44,3 \pm 11,6$ года, мужчин — $43,9 \pm 9,6$ года, женщин — $44,7 \pm 13,2$ года.

В основе дифференциации психосоциальной реабилитации больных ПШ лежат два тезиса: 1) больные ПШ нуждаются в умениях и навыках, а также в поддержке со стороны окружающих, для соответствующей реализации собственной роли в бытовой, социальной и трудовой и семейной сферах; 2) при изменении навыков и/или поддержки в окружении лица, страдающие шизофренией, становятся более способными к реализации выбранных ими ролевых функций при учете клинко-функциональных гендерных особенностей.

В работе сформулированы принципы, описаны структура и технология психосоциальной реабилитации больных ПШ с учетом клинко-функциональных гендерных особенностей. Обосновано, что реабилитационные мероприятия у мужчин и женщин с ПШ должны отличаться в зависимости от разрушения параметров жизнедеятельности в сферах функционирования, что определяется их клинко-функциональными гендерными особенностями.

Психосоциальная реабилитация больных ПШ должна быть системной, комплексной и дифференцированной, и должна осуществляться в рамках работы мультидисциплинарной бригады специалистов (врач-психиатр, врач-психолог или специалист по медицинской и психологической реабилитации, социальный работник), конечной целью которой было бы улучшение качества жизни и адаптация пациентов к имеющемуся уровню функционирования с учетом их клинко-функциональных гендерных особенностей.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, мужчины, женщины, функциональный диагноз, клинко-функциональные особенности

Purpose — to develop and justify a differentiated approach to psychosocial rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia (PS) in view on their clinical and functional gender peculiarities.

Comprehensively examined 420 patients with pancreatic, divided into two groups of 210 men and 210 women. The average age of the patients was $44,3 \pm 11,6$ years, men $43,9 \pm 9,6$ years, women — $44,7 \pm 13,2$ years.

The basis of differentiation psychosocial rehabilitation of patients with PS are two theses: 1) patients with PS need skills, as well as in support of the environment for the proper implementation of their role in the household, social and labor and family spheres; 2) when changing skills and/or support the environment, individuals with schizophrenia, are more able to implement their selected roles and functions taking into account clinical and functional gender peculiarities. The paper stated principles described structure and technology of psychosocial rehabilitation of patients with pancreatic considering clinical and functional gender peculiarities. Proved that rehabilitation in men and women with PS should vary depending on the fracture parameters in the areas of life functioning, which is determined by their clinical and functional gender peculiarities.

Psychosocial rehabilitation of patients with pancreatic should be systemic, integrated and differentiated, and should be the framework of multidisciplinary teams of specialists (psychiatrist, physician, psychologist / specialist medical and psychological rehabilitation, social worker), whose ultimate goal was to improve the quality of life and patients adaptation to the existing level of functioning, based on their clinical and functional gender peculiarities.

Keywords: paranoid schizophrenia, men, women, functional diagnosis, clinical and functional peculiarities

Шизофренія становить одну з центральних проблем сучасної психіатрії: поширеність її складає від 0,3 до 2,0 %, первинна захворюваність — від 0,3 до 1,2 %, причому близько 90 % хворих — це особи у віці від 15 до 55 ро-

ків. Хворі на шизофренію займають близько 50 % ліжок у психіатричних стаціонарах; вони також є основним контингентом при наданні амбулаторної психіатричної допомоги. Прямі економічні витрати, пов'язані з шизофренією, складають 0,2—0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюються щонайменше втричі більше [1—4].

Гендерний аспект захворюваності на шизофренію є одним з найважливіших для розуміння патогенезу цього захворювання. Суттєві відмінності у перебігу шизофренії, виявлені для чоловіків та жінок, а також різний характер їх соціальної адаптації, описані у низці досліджень [5, 6], зумовлюють потрібність обов'язкового урахування гендерного фактору під час розроблення стратегії і тактики лікувально-реабілітаційних втручань при шизофренії. Водночас, у питаннях впливу гендеру на клінічні особливості, рецидивування та стан соціальної адаптації хворих залишається багато нез'ясованого. Зокрема, не розроблено комплексні підходи до оптимізації лікування й реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Мета роботи — розроблення й обґрунтування диференційованих підходів до психосоціальної реабілітації пацієнтів з параноїдною шизофренією з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Для досягнення поставленої мети на базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. О. І. Ющенка, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, протягом 2007—2016 рр., з використанням клініко-психопатологічного, психометричного (шкала PANSS) та психодіагностичного (шкала ВООЗ КЖ-26 та модифікована шкала ВООЗ КЖ-СМ) методів було комплексно обстежено 420 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), поділених на дві групи: 210 чоловіків та 210 жінок. Критерієм включення пацієнтів в дослідження було встановлення діагнозу «параноїдна шизофренія» відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік обстежуваних хворих склав $44,3 \pm 11,6$ роки, чоловіків — $43,9 \pm 9,6$ роки, жінок — $44,7 \pm 13,2$ роки.

Для проведення ефективних реабілітаційних заходів у хворих на ПШ з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей, варто використовувати підхід, за якого визначають так звані реабілітаційні «мішені». З урахуванням впливу на ці «мішені» і треба планувати реабілітаційні заходи. На противагу цьому підходу, на теперішній час пацієнтів «включають» в уже наявні реабілітаційні програми, без урахування особистісних потреб.

Шизофренічний розлад своєрідно порушує якість життя хворих. По-перше, страждає вища нервова діяльність, яка забезпечує цілісність та єдність організму, правильність формування відносин з навколишнім середовищем, орієнтацію й пристосування людини до зміни умов життя й праці. По-друге, порушення різних аспектів життя є обов'язковим наслідком клінічної картини шизофренії. При цьому в одній частині хворих мова йде лише про порушення витривалості щодо праці, підвищену стомлюваність, лабільність вольового зусилля або сповільненість усіх процесів життєдіяльності. Інші хворі втрачають здатність здобувати нові соціальні навички й, навіть, можливість користуватися раніше надбаним досвідом, добре закріпленим у житті. У третій, і це буває нерідко, при станах апатії й абулії порушуються не лише окремі інтелектуальні функції, але й уся особистість людини, її соціальна й емоційна зв'язки, трудові та соціальні настанови, здатність ставити собі певну мету й здійснювати свідому й планомірну активність у досягненні цієї мети, що проявляється порушенням здатності виконувати певні соціальні ролі у суспільстві. В деяких випадках, наприклад, при маревних станах, здатність діяти цілеспрямовано й активно зберігається, але вихоробливо перекинується розуміння предмета праці й тих суспільних відносин, які виникають у житті. Отже, погіршуються не лише фізіологічні передумови праці, але й якість життя

хворого. Це призводить до зниження здатності хворих усвідомлювати медичні, соціальні та професійні складові прояву ПШ й осмислювати власні проблеми соціального функціонування. Тому багатогранність ураження, враховуючи гендерний аспект, потребує повної оцінки медичного, соціального та професійного статусу хворих.

Принципи, структура та технологія психосоціальної реабілітації хворих на ПШ з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей

В основу ідеології сучасної психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію покладені дві тези:

1) хворі мають потребу в уміннях і навичках, а також у підтримці з боку оточення, для відповідної реалізації своєї ролі в побутовому, навчальному, соціальному й трудовому оточенні;

2) при зміні навичок й/або підтримки у оточенні особи, які страждають на шизофренію, стають більше здатні до реалізації обраних ними рольових функцій при обов'язковому врахуванні їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Реалізація цих засад базується на загальних принципах реабілітації:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів;

2. Безперервність та етапність;

3. Системність, комплексність та індивідуальний підхід.

Ідеологічними принципами, на яких базується реабілітаційна робота з хворими на ПШ, є:

1. Рівні гендерні соціальні права і можливості. Відповідно до цього принципу, хворого розглядають як суб'єкт своєї власної життєдіяльності, а не лише як об'єкт турботи суспільства;

2. Активна участь у організації роботи служб допомоги. Самі хворі стають експертами в оцінюванні реабілітаційних програм;

3. Незалежне життя осіб. Цей принцип наголошує на максимальному розвитку здатностей до самообслуговування, самопомоги й самозабезпечення. Допомога базується на адекватному сприйнятті стану хворого, самопочутті та приймається на добровільній основі та при самопомозі. Основними ключовими моментами цього принципу є суверенітет пацієнта; самовизначення; політичні й економічні права;

4. Зв'язок із соціальним середовищем. Цей принцип наголошує на комплексності та поліфакторності проблем, які мають особи, хворі на шизофренію, не пов'язуючи усе лише з медичними питаннями. У аналіз включаються гендерний фактор, обставини виховання, навчання, проживання, спілкування, можливості або неможливості задоволення усіх властивих хворому потреб;

5. Нерозривний зв'язок із мікросоціальним оточенням. Соціальні комунікації кожного індивіда, незалежно від його фізичних або психічних умов, є найважливішою частиною його соціальної ролі. Однією із провідних складових цього принципу є боротьба з феноменом созалежності оточуючих;

6. Вивчення й збереження сімейних зв'язків. Аналіз як позитивного, так і негативного впливів родини на життєдіяльність хворого;

7. Комплексність й послідовність. Несистематизованість заходів може зруйнувати той реабілітаційний потенціал, який є у хворого, та призвести до негативних результатів. Незавершеність програм реабілітації або відсутність її окремих напрямків скорочують можливості індивідуального реабілітаційного потенціалу.

Враховуючи вищевикладені принципи, на яких треба будувати ідеологію реабілітаційної роботи, варто зазначити, що невід'ємною складовою її ефективності є опанування фахівцями основними засадами формування реабілітаційної програми. Так, виходячи із термінологічного апарату, можна зазначити, що біологічне лікування, а також психотерапія, спрямовані на редукцію патологічних симптомів, починають, здебільшого, на початковій стадії хвороби. В свою чергу, реабілітаційну роботу починають на стадії, коли фіксують наявність зниження якості життя, а основною стратегією втручання є формування умінь і навичок хворого та розвиток підтримки з боку оточення.

Керуючись вищевикладеним, можна виокремити основні практичні напрямки психосоціальної реабілітації, якими у своїй повсякденній діяльності повинен керуватися фахівець, що планує та проводить реабілітаційні заходи хворим на ПШ із урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей:

1. Оптимізація гендерної поведінки хворого у оточенні — аналіз чинників реального життя та розвиток здатностей до діяльності у оточенні;
2. Використання різних методів для досягнення реабілітаційної мети;
3. Підвищення компетентності хворих — максимізація здоров'я, а не мінімізація (редукція) симптомів хвороби;
4. Подолання залежності від оточуючих (від професіоналів, родичів, інших значимих осіб) з підвищенням незалежного соціального функціонування;
5. Активна участь пацієнтів у реабілітаційних заходах (оцінення ефективності реабілітації як фахівцями, так і пацієнтами);
6. Підвищення працездатності;
7. Орієнтація на майбутнє і сьогоdnішні завдання;
8. Наскрізний характер (початок та продовження реабілітації на різних стадіях хвороби);
9. Структурованість (формулювання мети та терміну реабілітаційних заходів);
10. Вироблення вмінь і навичок пацієнта, поліпшення підтримки з боку оточення (оволодіння новими навичкам й умінням, потрібними для більш ефективного функціонування);
11. Застосування медикаментозної терапії як потрібної складової, проте, невизначення її як компонента реабілітаційного втручання;
12. Послідовність, безперервність та повторюваність реабілітаційного впливу з метою досягнення максимально можливого рівня соціальної компетентності пацієнта;
13. Відповідність форми втручання психосоціальному дефіциту.

Для ефективного втілення у психіатричну практику, під час побудови реабілітаційної програми треба володіти знаннями щодо, власне, структури реабілітації. Серйозні вимоги до цілісності процесу реабілітації потребують визначення її як сукупності окремих та структурованих елементів, які відокремлюються один від одного у часі та просторі. Тобто, професіонали мають володіти знаннями сутті кожного реабілітаційного напрямку. Загалом, виокремлюють медичні, соціальні та професійні реабілітаційні заходи.

За правовим, соціально-середовищним, психологічним, виробничо-економічним, анатомо-функціональним аспектами, структуру реабілітації за її змістом можна характеризувати таким чином:

1. Медична, яка включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених або компенсацію

порушених функцій, зупинення прогресування захворювання. Медична реабілітація нерозривно пов'язана із лікувальним процесом, коли під час надання медичних послуг пацієнту аналізують та враховують можливості подальшої реабілітації. Цей процес починається у лікувальному закладі, коли пацієнт виведений з гострого психотичного стану. При цьому треба мати на увазі, що стан пацієнта, який закінчив курс терапії, становить досить динамічну картину з можливістю як погіршення, так і поліпшення об'єктивних показників і суб'єктивного самопочуття. Тому медичну реабілітацію для профілактики негативної динаміки стану пацієнта у вигляді заходів медичної підтримки й оздоровлення треба здійснювати якомога ширше;

2. Соціально-середовищна, що забезпечує подолання порушень життєдіяльності шляхом підтримки та розвитку здатностей до самообслуговування й пересування. Здійснюють у двох напрямках: а) організація житла та середовища перебування пацієнта з його пристосуванням до відносно самостійного виконання побутових функцій, здійснення санітарно-гігієнічних заходів; б) навчання користуватися цими пристосуваннями. Тобто, треба створювати умови, що виключають заповідання пацієнтом шкоди власній особистості або іншим особам. Важливою складовою тут є патронажна допомога соціального працівника для планування життя пацієнта;

3. Соціальна, зокрема, державна політика з планування виробничих потужностей й інфраструктури підприємств з урахуванням потреб інвалідів;

4. Соціально-трудова, що становить комплекс заходів щодо пристосування виробничого середовища до потреб інваліда та його адаптацію до вимог виробництва;

5. Психологічна, спрямована на подолання у свідомості хворого думок про марність реабілітації. Психологічна реабілітація є самостійним напрямком реабілітаційної діяльності. Вона забезпечує подолання страху перед реальними проблемами та соціально-психологічного комплексу «каліки», закріплює активну особистісну позицію у житті;

6. Освітня, що містить комплекс процесів одержання потрібної освіти, різних видів спеціальної професійної перепідготовки для одержання нової професії;

7. Професійна, яка включає навчання й перенавчання інвалідів. Навчання навичкам роботи з колишньої спеціальності в умовах втрати окремих можливостей або функцій. Профорієнтацію й професійне навчання будують на підставі професійної діагностики;

8. Соціокомунікативна або «комунікативна», зокрема, відновлення соціальних відносин хворого, зміцнення його соціальної мережі (навчання навичкам спілкування у нових умовах, формування нового образу «Я» з позитивно забарвленою картиною світу, що перешкодить негативним емоційним реакціям у спілкуванні з іншими людьми);

9. Соціокультурна, яка забезпечує потребу в інформації щодо одержання соціально-культурних послуг. Самостійність емоційно-творчої сфери та відсутність детермінованих зв'язків приводить до розвитку особистості й стимуляції діяльності. Соціокультурна діяльність є чинником, що соціалізує та підштовхує до спілкування, відновлюючи самооцінку.

За результатами дослідження запропоновано алгоритм дії лікаря під час розроблення заходів реабілітації (рисунк).

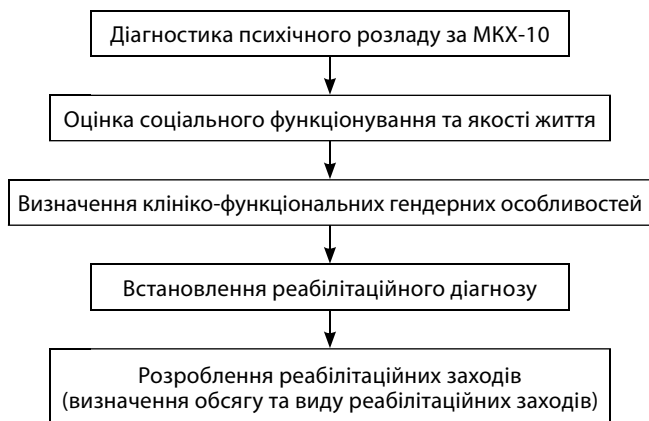


Рис. 1. Алгоритм дії лікаря під час розроблення заходів реабілітації

Реалізація викладеної структури та змісту психосоціальної реабілітації базується на трьох основних напрямках заходів:

1. Тренінг соціальних навичок та вмій. З метою визначення інтерперсональної дисфункції у пацієнтів встановлюють дефіцит соціальних навичок та вмій й визначають його природу, досліджують обставини розвитку дисфункції, а для їх подолання використовують структуровані дидактичні прийоми. Шляхом інтенсивних тренувань втручання спрямовують на окремі елементи поведінки з поступовим наближенням до «норми». Результативність втручань оцінюють перед початком та після завершення тренінгу, а також за катамнезом. Тренінг соціальних навичок та вмій має бути невід’ємною складовою багатокomпонентних програм. Таким чином, тренінг соціальних навичок та вмій є важливим цілеспрямованим компонентом реабілітаційних програм;

2. Сімейне урегулювання. Структуровані біхевіоральні методи, спрямовані на подолання міжособистих проблем у родині пацієнтів. Заходи дозволяють знизити медикаментозне навантаження, що веде до зменшення побічних ефектів психотропної терапії (пізня дискінезія, акатізія), та сприяють подоланню соціального відторгнення, а також загострення психопатологічної симптоматики;

3. Підтримка суспільства включає: 1) ідентифікацію пацієнтів; 2) допомогу у базових потребах; 3) медичне обслуговування; 4) кризові втручання; 5) психосоціальну реабілітацію; 6) допомогу у житлових і сімейних питаннях; 7) юридичні послуги; 8) користування системами державної й недержавної допомоги.

Під час визначення реабілітаційного діагнозу можуть застосовуватися такі форми фіксування даних. Як варіант, у табл. 1 подано «Таблиця збереженості/зруйнованості здатностей» (адаптовано за [7]).

Складання плану розвитку навичок та здатностей використовують для досягнення реабілітаційної мети з визначенням пріоритетних цілей і конкретних втручань з досягнення кожної цілі. Планування розвитку певних навичок та здатностей здійснюють на підставі реабілітаційного діагнозу відповідно до реабілітаційної мети. Визначають захід для виконання завдань плану і розподіляють обов’язки між фахівцями для здійснення кожного втручання. План реабілітації підписує фахівець, який веде пацієнта. Приклад «Плану реабілітації» наведено у табл. 2 (адаптовано за [7]).

Таблиця 1. Таблиця збереженості/зруйнованості здатностей

Стать	Навички/уміння/здатності	Застосування	Наявні (+/-)	Потрібні (+/-)
Ч	Бюджет	Випадків на міс.		
Ж				
Ч	Соціальні контакти	Випадків на тиждень (описується контакт)		
Ж				
Ч	Соціальна діяльність	Випадків на тиждень (описується діяльність)		
Ж				

Таблиця 2. План реабілітації

Завдання з розвитку навичок та здатностей (вказують кількість потрібних заходів на тиждень)	Захід	Фахівець	Початок/Закінчення
Навички:			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
1. Здатність до _____			
2. Здатність до _____			
3. Здатність до _____			

Реалізацію плану реабілітації здійснюють шляхом реабілітаційного втручання з використанням двох основних видів втручань: а) набуття навичок/вмій/здатностей; б) створення можливостей. Можна зазначити, що власне процес реабілітації складається із залучення хворого і його найближчого оточення до діагностики, планування заходів, спрямованих на набуття навичок/вмій/здатностей пацієнта, потрібних для незалежного існування у оточенні та у суспільстві в цілому.

Під час розроблення плану реабілітації доцільно використовувати «Бланк оцінки порушення соціального функціонування та якості життя у хворих на шизофренію» та «Бланк оцінки ефективності програми реабілітації» (табл. 3, 4).

Таблиця 3. Бланк оцінки порушення соціального функціонування та якості життя у хворих на шизофренію

Сфера функціонування та якості життя	Так/ні
Самообслуговування	
Пересування	
Орієнтація	
Спілкування	
Контроль за своєю поведінкою	
Трудова діяльність	
Навчання	
Професійне навчання	
Одержання освіти	

Таблиця 4. Бланк оцінки ефективності програми реабілітації

Сфера функціонування та якості життя	Відновлення соціального функціонування та якості життя			
	повністю	частково	не відновлено	погіршено
Самообслуговування				
Пересування				
Орієнтація				
Спілкування				
Контроль за поведінкою				
Трудова діяльність				
Навчання				
Професійне навчання				
Одержання освіти				

Ідеологічно основними компонентами процесу реабілітації є основні знання про те, як ефективніше використати пацієнту наявні навички/уміння/здатності та допомогти пацієнту взяти участь у реабілітаційному процесі діагностики — планування — втручання. Напрямки діяльності протягом процесу реабілітації подано у табл. 5 (адаптовано за [7]).

Наведені дані свідчать, що для ефективного впровадження заходів психосоціальної реабілітації треба опанувати знання щодо постановки загальної реабілітаційної мети, оцінення якості життя, реабілітаційного планування, прямого навчання навичкам, оцінення наявних та змінених ресурсів. Ці знання потрібні для «проведення» пацієнта через реабілітаційний процес.

Процес постановки реабілітаційної мети відображено у табл. 6.

Таблиця 5. Напрямки діяльності протягом процесу реабілітації

Діагностика	Планування	Втручання
Постановка реабілітаційної мети	Планування розвитку навичок та здатностей	Пряме навчання навичкам/вмінням/здатностям
1. Оцінка реабілітаційної готовності; 2. Опис оточення; 3. Вибір мети	1. Визначення пріоритетів та завдань; 2. Вибір втручання; 3. Формування плану	1. Опис змісту навичок/вмін/здатностей та планування заняття; 2. Програмування використання навичок/вмін/здатностей; 3. Тренування пацієнта
Оцінка ЯЖ	Планування розвитку підтримки	Програмування навичок/вмін/здатностей
1. Складання переліку потрібних навичок/вмін/здатностей; 2. Опис використання та оцінка виконання навичок/вмін/здатностей; 3. Тренування пацієнта	1. Визначення пріоритетів; 2. Визначення завдань; 3. Вибір втручання; 4. Формування плану	1. Визначення перешкод; 2. Створення програми; 3. Підтримка дій пацієнта
Оцінка можливостей	Координація можливостей	
1. Складання переліку основних можливостей; 2. Опис та оцінка використання можливостей; 3. Тренування пацієнта	1. Пропозиція хворому різних видів підтримки; 2. Використання можливостей програмування; 3. Зміна ресурсів (оцінка готовності та можливостей); 4. Пропозиції щодо змін	

Таблиця 6. Постановка реабілітаційної мети (адаптовано за [8])

Реабілітаційна готовність	Критерії	Аналіз оточення	Постановка мети
Потреби пацієнта	Цінності	Альтернативи	Визначення критеріїв
Згоди на зміни	Життєвий досвід	Уточнення основних характеристик	Оцінення альтернативного оточення
Поінформованість	Особистісні критерії	Вивчення альтернативного оточення	Формулювання мети
Потреби у спілкуванні	Так/ні	Так/ні	Так/ні
Висновок	Так/ні	Так/ні	Так/ні

Окремої уваги потребує визначення гендерних клініко-функціональних особливостей хворих на ПШ як критеріїв диференціації заходів психосоціальної реабілітації. За даними власних досліджень, нами узагальнені основні клініко-функціональні відмінності, в основі яких лежить різний рівень руйнування параметрів життєдіяльності у різних сферах функціонування у жінок

і чоловіків, які є мішенями реабілітаційного впливу та визначають різний обсяг і зміст заходів психосоціальної реабілітації (табл. 7).

З наведених даних видно, що реабілітаційні заходи у чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію, значно відрізняються в залежності від руйнування параметрів життєдіяльності у сферах функціонування.

Таблиця 7. Відмінності реабілітаційних заходів у чоловіків та жінок, хворих на ПШ, в залежності від руйнування параметрів життєдіяльності у сферах функціонування

Здатність у сфері функціонування	Потреба у відновленні		p
	Чоловіки	Жінки	
Самообслуговування:			
прибирання, прання, миття посуду;	!!	!	p ≤ 0,05
купування продуктів;	!!	!!	
користування грошами;	!!	!	p ≤ 0,05
господарський ремонт;	!	!	
прийняття ванни, гоління, догляд за одягом, волоссям, чистота нігтів;	!!	!	p ≤ 0,05
уміння купатися, чистити зуби, голитися, мити руки;	!!	!	p ≤ 0,05
уміння готувати потрібні страви;	!!	!	p ≤ 0,05
користування кухонним та столовим приладдям;	!!	!	p ≤ 0,05
охайність при прийому їжі	!!	!	p ≤ 0,05
Пересування:			
самостійне переміщення у просторі;	!	!	
долання перешкод у побутовій, громадській, професійній діяльності;	!!	!!	
користування громадським транспортом;	!	!!	p ≤ 0,05
дотримання правил дорожнього руху	!	!	
Орієнтація:			
ідентифікація свого місця знаходження;	!	!	
щодо особистості, у місці, часі і просторі;	!	!	
здатність аналізувати й адекватно реагувати на інформацію;	!	!	
у власному будинку;	!	!	
не у власному будинку	!	!	
Спілкування:			
спроможність підтримувати емоційні відносини з членами родини;	!	!!	p ≤ 0,05
спроможність встановлювати контакти з людьми;	!	!	
підтримка звичних у суспільстві стосунків;	!	!	
готовність спілкуватися;	!	!	
здатність до створення нових контактів;	!	!	
ініціатива у спілкуванні	!	!	
Контроль за поведінкою:			
усвідомлення особистої безпеки;	!	!	
правильна ідентифікація предметів і людей;	!	!	
дотримання громадського порядку;	!!	!	p ≤ 0,05
потрібність надання відповідної допомоги;	!	!	
схильність до суперечок, дратівливості, конфліктності;	!!	!	p ≤ 0,05
схильність до антисоціальної поведінки;	!!	!	p ≤ 0,05
схильність до зневаги особистою охайністю	!!	!	p ≤ 0,05
Трудова діяльність			
своєчасний прихід на роботу;	!	!	
своєчасне виконання обсягу праці;	!	!	
якість і інтенсивність виконання роботи;	!	!	
дотримання правил поведінки на роботі	!	!	
Навчання, одержання освіти, професійне навчання			
сприйняття та засвоєння знань;	!	!	
своєчасне виконання обсягу навчання;	!	!	
дотримання правил поведінки;	!	!	
соматичні захворювання, що не дозволяють навчатися;	!	!	
зацікавленість і реальні дії у навчанні;	!	!	
зацікавленість і реальні дії у продовженні професійного навчання;	!	!	
зацікавленість і реальні дії у продовженні професійного перенавчання	!	!	

Примітки: «!» — потрібна підтримка навичок/можливостей/здатностей; «!!» — обов'язкове відновлення втрачених навичок/можливостей/здатностей

Так, чоловіки більше потребують відновлення у сфері самообслуговування (прибирання, прання, миття посуду, користування грошми, прийняття ванни, гоління, догляд за одягом, волоссям, чистота нігтів, уміння купатися, чистити зуби, голитися, мити руки, уміння готувати потрібні страви, користування кухонним та столовим приладдям, охайність під час прийому їжі, $p \leq 0,05$) та у сфері контролю за поведінкою (дотримання громадського порядку; схильність до суперечок, дратівливості, конфліктності; антисоціальної поведінки; зневаги особистою охайністю, $p \leq 0,05$). В цілому, у жінок ці навички є більш збереженими ($p \leq 0,05$).

У свою чергу, у жінок є потреба у відновленні навичок у сфері самостійного пересування, та — головне — підтримання емоційних відносин з членами родини ($p \leq 0,05$). Ці дані узгоджуються з інформацією інших дослідників, що основною сферою життєдіяльності, яка є найбільш вразливою та, водночас, важливою для функціонування жінок з ПШ, є сфера її родинної комунікації [5, 6]. Формування та підтримка цих навичок шляхом відновлення й збереження міжособистісних відносин у родині, які руйнуються за рахунок патологічного впливу позитивної (емоційне охолодження відносин у родині), негативної (зниження інтересу до близьких та обмежене спілкування у відносинах) і загальнопсихопатологічної (неадекватна поведінка у соціумі, порушення режиму прийому ліків) симптоматики [6], визначені як базова мішень гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації для жінок [5].

Треба зазначити, що усі інші навички незалежного існування в інших сферах у жінок й чоловіків також потребують спостереження та потрібної підтримки, тому що мають динаміку до руйнування ($p \leq 0,05$).

Підводячи підсумки вищевикладеного, варто вказати, що, за класичними уявленнями, аналіз ефективності психосоціальної реабілітації треба здійснювати за оцінкою таких показників:

а) клінічні (медичні): зміна вираженості психічних розладів; тривалість ремісії, частота загострень і повторної госпіталізації;

б) соціальні: зміни показників соціального функціонування, якості життя;

в) економічні: мікроекономічні — полегшення економічного тягаря для родини, макроекономічні — вартісна ефективність.

Для оцінювання ефекту реабілітаційного втручання використовують різні технології, які дозволяють надати характеристику суб'єктивним та об'єктивним показникам

якості життя та соціального функціонування пацієнтів (вираженості симптомів розладу, різні шкали соматичного, когнітивного, афективного, економічного статусу тощо).

Варто зазначити, що психосоціальна реабілітація виходить за межі суто медичного аспекту допомоги особам з психічними розладами. Уся діяльність з психосоціальної реабілітації хворих на ПШ має бути системною, комплексною і диференційованою, та повинна здійснюватися рамках роботи мультидисциплінарної бригади фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог або спеціаліст з медичної і психологічної реабілітації, соціальний працівник), кінцевою метою якої було б покращання якості життя та адаптація пацієнтів до наявного рівня функціонування, з урахуванням їх клініко-функціональних гендерних особливостей.

Список літератури

1. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами : Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2010. № 220. 12 с.
2. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей. Киев : Сфера, 2010. С. 24.
3. Tandon Rajiv, Keshavan Matcheri S., Nasrallah Henry A. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology // Schizophrenia Research. 2008. № 102 (1—3). P. 1—18.
4. Гнатишин М. С., Белов О. О. Шизофрения: сучасний погляд. Вінниця : Консоль, 2012. С. 199—205.
5. Юр'єва Н. М. Гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію: аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 2 (79). С. 139—146.
6. Косенко К. А. Особенности психофармакотерапевтической и психотерапевтической составляющих в комплексном лечении женщин, больных параноидной шизофренией, при различных моделях семейного взаимодействия // Journal of Health Sciences. 2014. Vol. 04, № 06. P. 043—056.
7. Психіатрична реабілітація: пер. з англ. / В. Ентоні, М. Коен, М. Фаркас. Київ : Сфера, 2001. 298 с.
8. Effectiveness of technical assistance in the development of psychiatric rehabilitation programs / P. B. Nemes, R. Forbess, M. R. Cohen [et al.] // J. Ment. Health Adm. 1991. Vol. 18, № 1. P. 1—11.

Надійшла до редакції 10.08.2016 р.

БУЗДИГАН Олена Григорівна, лікар-психіатр Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О. І. Ющенка, м. Вінниця, Україна; e-mail: cherna4uk@yandex.ru

BUZDYHAN Olena, Physician-psychiatrist of Vinnytsia Regional Yushchenko Memorial Psychoneurological Hospital, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: cherna4uk@yandex.ru