

УДК 616.895.8-06:616.89-008.441.44]-058.65-085

*П. В. Будьонний*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ І ПРОЖИВАЮТЬ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ**

*П. В. Буденный*

**Клинико-психопатологические особенности суицидального поведения лиц, страдающих шизофренией и проживающих в зоне проведения операции Объединенных сил**

*P. V. Budonnyi*

**Clinical and psychopathological peculiarities of suicidal behavior of people who are ill with schizophrenia living in the zone of the Joint Force Operation**

Актуальність і клініко-соціально-необхідність проведення цього дослідження зумовлює той факт, що на сьогоднішній день не розроблено комплексної терапії і профілактики суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію із зони проведення операції Об'єднаних сил (ООС). Метою нашого дослідження стало виявлення клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні проведення ООС. В процесі дослідження використано комплекс методів: теоретичний, соціально-демографічний, катамнестичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний (обчислення виконані з використанням Excel MS Office 2016). З урахуванням принципів біоетики та деонтології, в процесі виконання роботи, відібрано 136 осіб, віком від 22 до 50 років, які хворіють на шизофренію (за МКХ-10, шифр F2 «Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади») та мають схильність до суїцидальної поведінки. Усі досліджені були поділені на дві групи: 71 особа з діагнозом шизофренія та суїцидальною поведінкою, яким надалі було проведено авторську комплексну терапію, — ОГ (основна група); 65 осіб, також з діагнозом шизофренія та суїцидальною поведінкою, яким проведено терапію за стандартним клінічним протоколом — ГП (група порівняння). Надалі кожна з груп була поділена на підгрупи за гендерною ознакою: до групи ОГ1 увійшли 38 чоловіків, до ОГ2 — 33 жінки та відповідно до ГП1 — 34 чоловіки, а до ГП2 — 31 жінка.

За результатами дослідження визначено клініко-психопатологічні особливості суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні ООС. Отримані в цьому дослідженні дані надалі стали для нас маркерами для розроблення та впровадження авторської методики медико-психологічного супроводу.

**Ключові слова:** суїцидальні спроби, психічні розлади особистості, шизофренія, депресія, зона проведення операції Об'єднаних сил

Актуальность и клинико-социальную необходимость проведения данного исследования обуславливает тот факт, что на сегодняшний день не разработано комплексной терапии и профилактики суицидального поведения у больных шизофренией из зоны проведения операции Объединенных сил (ООС). Целью нашего исследования стало выявление клинико-психопатологических особенностей суицидального поведения лиц, страдающих шизофренией и проживающих в зоне проведения ООС. В процессе исследования использован комплекс методов: теоретический, социально-демографический, катамнестический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический (расчеты выполнены с использованием Excel MS Office 2016). С учетом принципов биоэтики и деонтологии, в ходе выполнения работы, отобрано 136 человек, в возрасте от 22 до 50 лет, страдающих шизофренией (по МКБ-10, шифр F2 «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства») и имеют склонность к суицидальному поведению. Все исследованные были разделены на две группы: 71 человек с диагнозом шизофрения и суицидальным поведением, с которыми в дальнейшем была проведена авторская комплексная терапия — ОГ (основная группа); 65 человек, также с диагнозом шизофрения и суицидальным поведением, с которыми в дальнейшем проведена терапия по стандартным клиническим протоколам — ГС (група сравнения). В дальнейшем каждая из групп была разделена на подгруппы по гендерному признаку: в группу ОГ1 вошли 38 мужчин, ОГ2 — 33 женщины и соответственно в ГС1 — 34 мужчины, а в ГС2 — 31 женщина.

По результатам исследования определены клинико-психопатологические особенности суицидального поведения лиц, страдающих шизофренией и проживающих в зоне ООС. Полученные в данном исследовании данные в дальнейшем стали для нас маркерами для разработки и внедрения авторской методики медико-психологического сопровождения.

**Ключевые слова:** суицидальные попытки, аутоагрессивное поведение, психические расстройства личности, шизофрения, депрессия, зона проведения операции Объединенных сил

The relevance and the clinical and social need for this study is due to the fact that, to date, no comprehensive treatment and prevention of suicidal behavior has been developed for patients suffering from schizophrenia from the zone of the Joint Force Operation (JFO). The aim of our study was to identify the clinical and psychopathological features of suicidal behavior of persons suffering from schizophrenia and living in the OUF zone. In the process of research, a complex of methods was used: theoretical, socio-demographic, follow-up, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, statistical (calculations were made using Excel MS Office 2016). Taking into account the principles of bioethics and deontology, in the course of the work, 136 people, aged 22 to 50 years, suffering from schizophrenia (according to ICD-10, code F2 "Schizophrenia, schizotypal states and delusional disorders"), were selected and they all have a tendency to suicidal behavior. All studied were divided into two groups: 71 people with a diagnosis of schizophrenia and suicidal behavior, with whom the author's complex therapy was subsequently carried out — MG (main group); 65 people, also diagnosed with schizophrenia and suicidal behavior, with whom further therapy was carried out according to standard clinical protocols — CG (comparison group). In the future, each group was divided into subgroups by gender: 38 men included in MG1, 33 women and MG2, respectively, 34 men in CG1, and 31 women in CG2.

According to the results of the study, the clinical and psychopathological features of suicidal behavior of persons suffering from schizophrenia and living in the JFO zone were determined. The data obtained in this study later became for us markers for the development and implementation of the author's methodology of medical-psychological support.

**Key words:** suicide attempts, auto-aggressive behaviour, psychiatric disorders, schizophrenia, depression, zone of Joint Force Operation

Вплив безлічі факторів при перебуванні в зоні бойових дій може спричинити розвиток або загострення вже наявних психічних розладів, одним із яких є шизофренія, яка, так само, в два рази частіше стає причиною суїциду [1, 3, 5, 9, 11]. Вивчення і практика терапії шизофренії показують, що цей розлад є дуже складним та витратним, як за вартістю лікування, так і щодо організації допомоги пацієнтам, а проблеми соціальної адаптації та реабілітації таких осіб досі залишаються не розв'язаними [2, 4, 6, 7, 10]. Психотичні переживання разом із ситуаційними й особистісними факторами зумовлюють суїцидальні ризики, а при постійному перебуванні в зоні бойового конфлікту ще й починають формувати зміни психічного стану, що зумовлює нагальну потребу більш докладного дослідження розладів психічної діяльності в осіб, які постійно проживають в зоні бойових дій [1, 4, 6].

Мета дослідження — виявлення клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні проведення операції Об'єднаних сил (ООС).

З урахуванням принципів біоетики та деонтології, в процесі виконання роботи, відібрано 152 особи чоловічої та жіночої статі віком від 22 до 50 років, які хворіють на шизофренію (за МКХ-10, шифр F2 «Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади») та мають схильність до суїцидальної поведінки, з них 16 осіб у подальшому не було введено до дослідження, відповідно до критеріїв включення/виключення. Усі обстежені (136 осіб) були поділені, залежно від терапевтичного підходу, на дві групи: 71 особа з діагнозом шизофренія та суїцидальною поведінкою, яким проведено авторську комплексну терапію — ОГ (основна група); 65 осіб, також з діагнозом шизофренія та суїцидальною поведінкою, яким проведено терапію за стандартним клінічним протоколом — ГП (група порівняння). Надалі кожна з груп була поділена на підгрупи за гендерною ознакою: до групи ОГ1 увійшли 38 чоловіків, до ОГ2 увійшли 33 жінки та відповідно до ГП1 — 34 чоловіки, а до ГП2 — 31 жінка.

В процесі дослідження використано комплекс методів: теоретичний, соціально-демографічний, катанестичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний (обчислення виконані з використанням Excel MS Office 2016).

З метою виявлення клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні ООС, на першому етапі цього дослідження ми продіагностували всі досліджувані групи за методикою PANSS [8].

За даними щодо ступеня вираженості клінічних проявів шизофренії (табл. 1) — позитивних, негативних та загальних психопатологічних характеристик досліджуваних — встановлено, що серед негативних симптомів у чоловіків обох груп на відміну від жінок переважали сплюснення афекту (ОГ1 — 6,1 бала, ГП1 — 6,2 бали; ОГ2 — 4,6 балів, ГП2 — 4,9 балів,  $p \leq 0,05$ ), емоційна відгородженість (ОГ1 — 6,5 балів, ГП1 — 6,4 бали; ОГ2 — 4,1 бала, ГП2 — 3,8 балів,  $p \leq 0,05$ ), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (ОГ1 — 6,1 бала, ГП1 — 6,2 бали; ОГ2 — 4,2 бали, ГП2 — 3,9 балів,  $p \leq 0,05$ ).

У жінок обох груп в межах негативного синдрому вірогідно частіше, порівняно з чоловіками, спостерігались порушення абстрактного мислення (ОГ2 — 6,2 бали, ГП2 — 6,4 бали, ОГ1 — 5,6 балів, ГП1 — 5,4 бали,  $p \leq 0,05$ ).

Таблиця 1. Структура синдромів та середні значення ЧОГО?? в досліджуваних групах з урахуванням гендерної належності за шкалою PANSS (середній бал)

Синдроми	Симптоми	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2
		(n = 38)	(n = 33)	(n = 34)	(n = 31)
Позитивні	марення	5,3	6,3	5,1	6,2
	дезорганізація мислення	5,0	5,2	5,3	5,0
	галюцинаторна поведінка	5,5	4,3	5,4	4,1
	психомоторне збудження	6,0	5,1	5,8	5,0
	манія величності	3,0	4,6	2,9	4,5
	підозрілість-переслідування	6,1	4,2	6,2	4,1
	ворожість	6,0	4,4	6,3	4,1
Негативні	сплюснення афекту	6,1	4,6	6,2	4,9
	емоційна відгородженість	6,5	4,1	6,4	3,8
	зниження комунікабельності	5,7	3,9	6,2	4,2
	пасивна/апатична соціальна самоізоляція	6,1	4,2	6,2	3,9
Загальні психопатологічні	порушення абстрактного мислення	5,6	6,2	5,4	6,4
	зниження спонтанності та мовної активності	5,1	5,3	5,5	5,2
	стереотипність мислення	5,7	5,0	5,9	5,2
	соматизація	4,1	5,6	4,3	6,4
	тривожність	5,9	4,4	6,3	5,1
	почуття провини	4,4	5,9	4,2	5,7
	внутрішнє напруження	5,2	5,4	5,4	5,2
	манерність рухів та поз	4,1	5,9	4,2	6,1
	депресія	4,4	5,8	4,3	6,4
	рухова загальмованість	5,8	5,3	6,1	5,4
	негативізм	6,2	5,8	6,6	5,6
	мислення з незвичайним змістом	5,1	4,9	5,5	5,3
	дезорієнтація	4,0	4,8	4,2	5,1
	зниження уваги	4,9	5,2	5,3	5,6
порушення критики та розважливості	5,1	5,9	5,3	6,3	
вольові порушення	5,3	4,4	6,4	5,3	
зниження контролю імпульсів	5,6	5,1	6,8	5,8	
аутизація	6,3	4,8	6,4	4,6	
активна соціальна ізоляція	6,7	4,4	6,6	4,1	

Примітки. Тут і далі: n — кількість осіб

Серед загальних психопатологічних симптомів для більшої частини чоловіків на відміну від жінок частіше спостерігаються активна соціальна ізоляція (ОГ1 — 6,7 балів, ГП1 — 6,6 балів; ОГ2 — 4,4 бали, ГП2 — 4,1 бала,  $p \leq 0,05$ ); тривожність (ОГ1 — 5,9 балів, ГП1 — 6,3 бали; ОГ2 — 4,4 бали, ГП2 — 5,1 бала,  $p \leq 0,05$ ); негативізм (ОГ1 — 6,2 бали, ГП1 — 6,6 балів; ОГ2 — 5,8 балів, ГП2 — 5,6 балів,  $p \leq 0,05$ ); аутизація (ОГ1 — 6,3 бала, ГП1 — 6,4 бали; ОГ2 — 4,8 балів, ГП2 — 4,6 балів,  $p \leq 0,05$ ). На відміну від чоловіків, серед жінок найбільш частіше спостерігалось: почуття провини

(ОГ2 — 5,9 балів, ГП2 — 5,7 балів, ОГ1 — 4,4 бали, ГП1 — 4,2 бали,  $p \leq 0,05$ ); порушення критики та розважливості (ОГ2 — 5,9 балів, ГП2 — 6,3 бали, ОГ1 — 5,1 бала, ГП1 — 5,3 бали,  $p \leq 0,05$ ); манерність рухів та поз (ОГ2 — 5,9 балів, ГП2 — 6,1 бала, ОГ1 — 4,1 бала, ГП1 — 4,2 бали,  $p \leq 0,05$ ); депресія (ОГ2 — 5,8 балів, ГП2 — 6,4 бали, ОГ1 — 4,4 бали, ГП1 — 4,3 бали,  $p \leq 0,05$ ); соматизація (ОГ2 — 5,6 балів, ГП2 — 6,4 бали; ОГ1 — 4,1 бала, ГП1 — 4,3 бали,  $p \leq 0,05$ ).

Отже, в процесі дослідження виявлено гендерні особливості клінічних проявів захворювання серед досліджених груп в межах позитивного, негативного та загального психопатологічного симптомокомплексів.

На наступному етапі дослідження ми проводили оцінювання депресії при шизофренії за Шкалою Калгарі з оцінки депресії (CDSS) [8] (табл. 2).

Як видно із таблиці 2, більш виражені у чоловіків ніж у жінок такі шкали: депресія важкого ступеня (в ОГ1 — 39,47 %, ГП1 — 35,29 %); середній ступінь вираженості безнадії (в ОГ1 — 36,84 %, ГП1 — 38,24 %); середній ступінь самознищення (ОГ1 — 34,21 %, ГП1 — 38,24 %); легкий ступінь вираженості патологічного почуття провини (ОГ1 — 34,21 %, ГП1 — 35,29 %) легкий ступінь вираженості ранкової депресії (ОГ1 — 28,95 %, ГП1 — 29,41 %); важкий ступінь суїциду (ОГ1 — 36,84 %, ГП1 — 35,29 %).

Серед жінок більше ніж у чоловіків виражені показники за шкалами: легкий ступінь депресії: ОГ2 — 33,33 %, ГП2 — 38,71 %; відсутня безнадія: ОГ2 — 30,30 %, ГП2 — 35,48 %; легкий ступінь самознищення: ОГ2 — 33,33 %, ГП2 — 38,71 %; важкий ступінь патологічного почуття провини: ОГ2 — 33,33 %, ГП2 — 32,26 %; середній ступінь суїциду: ОГ2 — 57,58 %, ГП2 — 58,06 %.

Отже, за отриманими результатами оцінення депресії при шизофренії встановлено, що чоловіки більш ніж жінки демонструють важкий ступінь депресії; середньо виражену безнадію; легку вираженість почуття провини та важкий ступінь суїцидальності. На відміну від чоловіків, жінки демонструють: легкий ступінь депресії; відсутність безнадії; легкий ступінь самознищення; важкий ступінь патологічного почуття провини та середній ступінь суїцидальності. Майже однаково вираженими як серед чоловіків, так і серед жінок є середній ступінь вираженості ідеї звинувачення, середній ступінь патологічного почуття провини та відсутня ранкова депресія.

Надалі ми провели оцінення тяжкості суїцидальності за Колумбійською шкалою (C-SSRS). Внаслідок аналізу отриманих даних встановлено, що протягом життя бажання померти притаманне усім дослідженим (ОГ1 — 63,16 %, ГП1 — 64,71 %, ОГ2 — 66,67 %, ГП2 — 58,06 %). Активні неспецифічні думки протягом життя більш властиві жінкам, ніж чоловікам (ОГ1 — 36,84 %, ГП1 — 35,29 %, ОГ2 — 63,64 %, ГП2 — 64,52 %), для чоловіків ці думки більш притаманні в останній місяць (ОГ1 — 50 %, ГП1 — 52,94 %, ОГ2 — 27,27 %, ГП2 — 22,58 %). Активні суїцидальні думки протягом життя притаманні всім дослідженим (ОГ1 — 71,05 %, ГП1 — 64,71 %, ОГ2 — 57,58 %, ГП2 — 67,74 %). Активне мислення та задуми щодо суїцидальної поведінки протягом життя найбільш притаманно жінкам (ОГ1 — 26,32 %, ГП1 — 26,47 %, ОГ2 — 51,52 %, ГП2 — 51,61 %), а чоловікам досліджених груп ці думки притаманні в останній місяць (ОГ1 — 65,79 %, ГП1 — 67,65 %, ОГ2 — 42,42 %, ГП2 — 35,38 %). Активне мислення

і наміри протягом життя більш притаманні жінкам (ОГ1 — 36,84 %, ГП1 — 35,29 %, ОГ2 — 54,55 %, ГП2 — 48,39 %), для чоловіків ці думки притаманні в останній місяць (ОГ1 — 44,74 %, ГП1 — 52,94 %, ОГ2 — 27,27 %, ГП2 — 29,03 %).

Таблиця 2. Результати дослідження оцінки депресії при шизофренії (за CDSS)

Шкала	Ступінь вираженості депресії	ОГ1 (n = 38)		ОГ2 (n = 33)		ГП1 (n = 34)		ГП2 (n = 31)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Депресія	відсутня	4	10,53	5	15,15	5	14,71	4	12,90
	легкий	8	21,05	11	33,33	9	26,47	12	38,71
	середній	11	28,95	9	27,27	8	23,53	7	22,58
	важкий	15	39,47	8	24,24	12	35,29	8	25,81
Безнадія	відсутня	8	21,05	10	30,30	7	20,59	11	35,48
	легкий	9	23,68	9	27,27	8	23,53	8	25,81
	середній	14	36,84	8	24,24	13	38,24	7	22,58
	важкий	7	18,42	6	18,18	6	17,65	5	16,13
Самознищення	відсутня	6	15,79	5	15,15	5	14,71	4	12,90
	легкий	11	28,95	11	33,33	9	26,47	12	38,71
	середній	13	34,21	12	36,36	13	38,24	11	35,48
	важкий	8	21,05	5	15,15	7	20,59	4	12,90
Ідеї звинувачення	відсутня	6	15,79	3	9,09	5	14,71	2	6,45
	легкий	11	28,95	9	27,27	10	29,41	8	25,81
	середній	14	36,84	13	39,39	13	38,24	12	38,71
	важкий	7	18,42	8	24,24	6	17,65	9	29,03
Патологічне почуття провини	відсутня	5	13,16	3	9,09	4	11,76	2	6,45
	легкий	13	34,21	5	15,15	12	35,29	6	19,35
	середній	16	42,11	14	42,42	15	44,12	13	41,94
	важкий	4	10,53	11	33,33	3	8,82	10	32,26
Ранкова депресія	відсутня	13	34,21	12	36,36	12	35,29	11	35,48
	легкий	11	28,95	9	27,27	10	29,41	9	29,03
	середній	9	23,68	5	15,15	8	23,53	4	12,90
	важкий	5	13,16	7	21,21	4	11,76	7	22,58
Раннє пробудження	відсутня	4	10,53	3	9,09	3	8,82	3	9,68
	легкий	8	21,05	9	27,27	7	20,59	9	29,03
	середній	15	39,47	12	36,36	14	41,18	11	35,48
	важкий	11	28,95	9	27,27	10	29,41	8	25,81
Суїцид	відсутня	2	5,26	1	3,03	2	5,88	0	0,00
	легкий	6	15,79	8	24,24	7	20,59	7	22,58
	середній	16	42,11	19	57,58	13	38,24	18	58,06
	важкий	14	36,84	5	15,15	12	35,29	6	19,35

На наступному етапі дослідження ми продіагностували стани та властивості особистості, які мають першочергове значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки, використавши діагностику за Фрайбурзьким особистісним опитувальником FPI (форма В) [8] (табл. 3).

Таблиця 3. Оцінка станів та властивостей особистості за Фрайбурзьким опитувальником FPI (форма В) — середній бал

№ за FPI	Назва шкали	ОГ1 (n = 38)	ОГ2 (n = 33)	ГП1 (n = 34)	ГП2 (n = 31)
I	Невротичність	8,1	7,8	8,2	7,9
II	Спонтанна агресивність	8,0	7,4	7,8	7,2
III	Депресивність	6,8	6,9	6,9	7,1
IV	Дратівливість	6,1	8,3	6,2	8,1
V	Товариськість	3,0	3,7	3,2	3,6
VI	Врівноваженість	4,2	3,6	4,3	3,7
VII	Реактивна агресивність	8,0	7,3	7,9	7,0
VIII	Сором'язливість	3,6	5,4	3,5	5,2
IX	Відкритість	3,1	4,2	3,3	4,0
X	Екстраверсія/інтроверсія	5,1	4,9	5,2	4,8
XI	Емоційна лабільність	7,1	7,9	7,3	7,6
XII	Маскулінізм/Фемінізм	5,8	5,4	5,8	5,3

Загальними рисами усіх досліджуваних були невротичність, спонтанна і реактивна агресивність та емоційна лабільність. Невротичність найбільш виражена серед чоловіків (ОГ1 — 8,1 бала, ГП1 — 8,2 бала, ОГ2 — 7,8 балів, ГП2 — 7,9 бала); спонтанна агресивність (ОГ1 — 8,0 бала, ГП1 — 7,8 балів, ОГ2 — 7,4 бала, ГП2 — 7,2 бала) та реактивна агресивність (ОГ1 — 8,0 балів, ГП1 — 7,9 балів, ОГ2 — 7,3 бала, ГП2 — 7,0 балів). Вірогідно ( $p \leq 0,05$ ) більш вираженою серед жінок була дратівливість (ОГ2 — 8,3 бала, ГП2 — 8,1 бала; ОГ1 — 6,1 бала, ГП1 — 6,2 бала) та емоційна лабільність (ОГ2 — 7,9 балів, ГП2 — 7,6 балів; ОГ1 — 7,1 бала, ГП1 — 7,3 бала).

Для оцінювання суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки ми використали Шкалу соціальної підтримки (MSPSS; D. Zimet; адаптація В. М. Ялтонській, Н. А. Сирота) [8] (табл. 4).

Таблиця 4. Дослідження соціальної підтримки (середній бал)

Назва шкали	ОГ1 (n = 38)	ОГ2 (n = 33)	ГП1 (n = 34)	ГП2 (n = 31)
Соціальна підтримка сім'ї	1,4	1,7	1,3	1,8
Соціальна підтримка друзів	1,2	1,9	1,0	1,7
Соціальна підтримка від «значимих інших»	0,6	0,7	0,8	0,6

За результатами дослідження, пацієнти обох груп зазначали, що не отримують достатньо підтримки від інших осіб. Найбільш суттєвою, порівняно з іншими видами підтримки, на думку досліджених чоловіків, є соціальна підтримка сім'ї (ОГ1 — 1,4 бала, ГП1 — 1,3 бала), а для жінок найбільш значущою була підтримка друзів (ОГ2 — 1,9 балів, ГП2 — 1,7 балів). Найменш суттєвою усі досліджувані вважали соціальну підтримку від значимих інших (ОГ1 — 0,6 балів, ГП1 — 0,8 балів, ОГ2 — 0,7 балів, ГП2 — 0,6 балів).

Надалі ми проаналізували середовищний копінг-ресурс досліджуваних за методикою «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (С. Норман, Д. Ф. Ендлер, Д. А. Джеймс, М. І. Паркер; адаптований варіант Т. А. Крюкової) [8] (табл. 5).

Таблиця 5. Дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях

Назва стилів/субстилів	ОГ1 (n = 38)	ОГ2 (n = 33)	ГП1 (n = 34)	ГП2 (n = 31)
Проблемно-орієнтований копінг	32,2	23,2	33,0	24,3
Емоційно-орієнтований копінг	34,2	50,5	32,7	48,0
Копінг, орієнтований на уникнення	47,5	55,2	48,5	50,9
Субшкала «Відволікання»	18,3	31,1	19,5	31,2
Субшкала «Соціальне відволікання»	29,2	24,1	29,0	19,7

Примітки. В таблиці надано середні бали по групі. Різниця між групами є вірогідною,  $p \leq 0,05$

За результатами дослідження встановлено, що як чоловіки, так і жінки обирають в стресових ситуаціях стратегію уникнення: найвищі середні бали належать до високого рівня (ОГ1 — 47,5 балів, ГП1 — 48,5 балів, ОГ2 — 55,2 бала, ГП2 — 50,9 балів). Однак для жінок найбільш характерно обирати стратегію «відволікання» (ОГ2 — 31,1 бала, ГП2 — 31,2 бала), а для чоловіків — уникнення як «соціальне відволікання» (ОГ1 — 29,2 бала, ГП1 — 29,0 балів). Особливістю жіночої копінг-стратегії також виявлено середній рівень вибирання емоційно-орієнтованого копіngu (ОГ2 — 50,5 балів, ГП2 — 48,0 балів). Обстежені жодної із досліджених груп не обирають проблемно-орієнтований копінг, показники як серед чоловіків так і серед жінок — в межах низького рівня обирання цього виду стратегії (ОГ1 — 32,2 бала, ГП1 — 33,0 бала, ОГ2 — 23,2 бала, ГП2 — 24,3 бала).

З метою визначення когнітивних дисфункцій було обрано Монреальські шкали когнітивної оцінки (MoCAев та MoCA) [8] (табл. 6)

Таблиця 6. Дослідження когнітивного дефіциту

Емоції	ОГ1 (n = 38)	ОГ2 (n = 33)	ГП1 (n = 34)	ГП2 (n = 31)
Оптико-просторова діяльність	3,1	2,9	3,2	2,9
Називання	2,9	2,7	2,6	2,8
Увага	3,2	2,9	3,1	2,8
Мовлення	2,9	2,5	2,8	2,4
Абстрактне мислення	1,9	1,7	1,8	1,6
Відстрочене відтворення	2,7	1,9	2,8	1,8
Орієнтування	3,9	3,2	3,7	3,4
Сума додаткових балів	1	1,3	1,2	1,3
Сума балів	21,6	19,1	21,2	19,0

Серед когнітивних порушень найперше слід відзначити розлади мислення та відстроченого відтворення. Орієнтування у чоловіків — вище ніж у жінок (ОГ1 — 3,9 балів, ГП1 — 3,7 балів, ОГ2 — 3,2 бала, ГП2 — 3,4 бала). Оптико-просторова діяльність дещо менша за норму, однак у чоловіків показники вище ніж у жінок (ОГ1 — 3,1 бала, ГП1 — 3,2 бала, ОГ2 — 2,9 балів, ГП2 — 2,9 балів). Виявлено порушення уваги (ОГ1 — 3,2 бала, ГП1 — 3,1 бала, ОГ2 — 2,9 балів, ГП2 — 2,8 балів). Несуттєві порушення виявленні у відтворенні, однак

з них — називання (ОГ1 — 2,9 балів, ГП1 — 2,6 балів, ОГ2 — 2,7 балів, ГП2 — 2,8 балів) та мовлення (ОГ1 — 2,9 балів, ГП1 — 2,8 балів, ОГ2 — 2,5 балів, ГП2 — 2,4 бали) у чоловіків — дещо вище ніж у жінок. Однак, жодна із груп за сумою балів не має показників норми когнітивних функцій.

Для виявлення дисфункцій у соціальному функціонуванні ми використали Шкалу дисфункціональних відносин (DAS) [8] (табл. 7).

Таблиця 7. Дослідження дисфункціональних відносин (DAS)

Ступінь адаптації	ОГ1 (n = 38)		ОГ2 (n = 33)		ГП1 (n = 34)		ГП2 (n = 31)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
відмінна або дуже добра	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
добра	3	7,89	5	15,15	4	11,76	4	12,90
задовільна	9	23,68	8	24,24	7	20,59	8	25,81
погана	10	26,32	9	27,27	9	26,47	8	25,81
дуже погана	14	36,84	10	30,30	11	32,35	10	32,26
важка дезадаптація	2	5,26	1	3,03	3	8,82	1	3,23

За результатами дослідження визначено клініко-психопатологічні особливості суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні ООС. Отримані в цьому дослідженні дані надалі стали для нас маркерами для медико-психологічного супроводу цієї групи досліджених. По-перше, ми спрямовували свою роботу на купірування та медичний супровід проявів шизофренії, відповідно до протоколу, так і з додаванням фармакотерапії. По-друге, для організації психологічного супроводу та купірування суїцидальної поведінки виявлено психологічні гендерні особливості досліджених.

Зокрема, серед позитивних симптомів у чоловіків із шизофренією та схильністю до суїцидальної поведінки більш ніж у жінок переважають психомоторне збудження; підозрілість-переслідування та ворожість. Для жінок із шизофренією та схильністю до суїцидальної поведінки більш ніж для чоловіків характерним є марення.

Серед негативних симптомів у чоловіків обох груп, на відміну від жінок, переважали сплосчення, емоційна відгородженість, пасивна/апатична соціальна самоізоляція. А в обох групах жінок в межах негативного синдрому вірогідно частіше, порівняно з чоловіками, спостерігались порушення абстрактного мислення.

Серед загальних психопатологічних симптомів у більшій частині чоловіків частіше спостерігаються активна соціальна ізоляція, тривожність; негативізм; аутизація. Серед жінок найчастіше — соматизація; почуття провини; порушення критики та розважливості; депресія. Загальними рисами усіх досліджених були невротичність, спонтанна агресивність та емоційна лабільність.

Серед когнітивних порушень найперше слід відзначити розлади мислення та відстроченого відтворення. Орієнтування, оптико-просторова діяльність, називання, увага й мовлення дещо менші за норму, однак у чоловіків показники вищі ніж у жінок.

За отриманими результатами оцінки депресії при шизофренії встановлено, що чоловіки більш ніж

За отриманими даними можна зазначити, що найбільші показники виявлені за ступенем «дуже погана адаптація» (ОГ1 — 36,84 %, ГП1 — 32,35 %, ОГ2 — 30,30 %, ГП2 — 32,26 %) та «погана адаптація» (ОГ1 — 26,32 %, ГП1 — 26,47 %, ОГ2 — 27,27 %, ГП2 — 25,81 %) ( $p \leq 0,05$ ). Відмінної та дуже доброї адаптації до соціального життя не виявлено в жодного досліджуваного. Задовільна адаптація — майже у чверті досліджених (ОГ1 — 23,68 %, ГП1 — 20,59 %, ОГ2 — 24,24 %, ГП2 — 25,81 %).

жінки демонструють важкий ступінь депресії; середньо виражену безнадію; легку вираженість почуття провини та важкий ступінь суїцидальності. На відміну від чоловіків, жінки демонструють легкий ступінь депресії; відсутність безнадії; легкий ступінь самознищення; важкий ступінь патологічного почуття провини та середній ступінь суїцидальності. Майже однаково вираженими як серед чоловіків, так і серед жінок є середній ступінь вираженості ідеї звинувачення, середній ступінь патологічного почуття провини та відсутня ранкова депресія.

Для купірування суїцидальної активності маркерами психокорекційної роботи стали бажання померти для усіх досліджених; для жінок — активні неспецифічні думки та активне мислення й задуми, наміри щодо суїцидальної поведінки протягом життя, для чоловіків усі вказані думки більш притаманні в останній місяць, що вказує на негайність надання психологічної допомоги саме чоловікам. Купірування суїцидальної активності у жінок треба спрямовувати на дострокову терапію з позбавленням думок про суїцидальну активність, а для чоловіків психотерапію варто спрямовувати на вирішення та купірування суїцидальних думок у теперішній час та формування позитивних думок на майбутнє.

З метою соціалізації досліджених було виявлено, що як чоловіки так і жінки не отримують достатньо підтримки від інших осіб. Найбільш суттєвою, порівняно з іншими видами підтримки, на думку досліджених чоловіків, є соціальна підтримка сім'ї, а для жінок найбільш значущою була підтримка друзів. Водночас як чоловіки так і жінки обирають в стресових ситуаціях стратегію уникнення. Однак для жінок найбільш характерно обирання стратегії «відволікання», а для чоловіків — уникнення як «соціальне відволікання». Особливістю жіночої копінг-стратегії також виявлено обирання емоційно-орієнтованого копіngu. Водночас усі досліджені мають дуже погану та погану адаптацію. Отже, можна зазначити, що ще одним із маркерів психокорекційної роботи має бути соціалізація хворих.

**Список літератури**

1. Аймедов К. В., Асеева Ю. О. Сучасні підходи до роботи із вимушеними переселенцями // Архивариус. 2015. С. 5—9.
2. Волошин П. В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 105.
3. Заворотний В. І. Посттравматичні стресові розлади у учасників антитерористичної операції (бойові психогенії, клініко-психопатологічна характеристика) // Там само. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 48—50.
4. Кожина А. М., Гайдук Л. М. Психосоціалні заходи в умовах гібридної війни // Там само. С. 124.
5. Лінський І. В., Кузьмінов В. Н., Ткаченко Т. В. Особливості больової чутливості у хворих на депресивні розлади з суїцидальною поведінкою // Психічне здоров'я. 2017. Спецвип. 1 (50). С. 24—27.
6. Явдак І. А. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 116—118.
7. Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Євтушенко Ю. О. Використання дискримінантного аналізу в створенні алгоритму прогнозування аддиктивної поведінки у осіб молодого віку // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2. С. 116.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.
9. Awad A. G., Voruganti L. N. P. The burden of schizophrenia on Caregivers : a literature review // Pharmacoeconomics. 2008. Vol. 26 (2). P. 149—162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
10. Courtet P. and Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk in depression // World Psychiatry. 2017. No. 16 (3). P. 317—318. PMID: 28941085.
11. Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies / Turrini G., Purgato M., Ballette F. [et al.] // Int J Ment Health Syst. 2017. No. 51. P. 47—62. DOI: 10.1186/s13033-017-0156-0.

*Надійшла до редакції 30.04.2019 р.*

---

**БУДЬОННИЙ Павло Валерійович**, асистент кафедри неврології, психіатрії та наркології Державного закладу «Луганський державний медичний університет», головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні, м. Лисичанськ; Україна  
**BUDONNYI Pavlo**, Assistant of the Department Neurology, Psychiatry and Narcology of the State Institution "Luhansk State Medical University", Head Physician of the Lysychansk Regional Psychiatric Hospital, Lysychansk, Ukraine