

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.895.8:616.379-008.64-06:616.1/4

Є. В. Опря*, М. М. Пустовойт

ОСОБЛИВОСТІ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ТА СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Наявність тісного взаємозв'язку між психічними та соматичними захворюваннями, їх негативний взаємовплив та тяжкі наслідки, що пов'язані зі значними ускладненнями обох варіантів патології, формуванням складно курабельних форм розладів та зростанням рівня передчасної смертності, обумовлюють актуальність досліджень у цьому напрямку.

Мета – дослідити особливості самооцінки, сприйняття та усвідомлення психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом.

Матеріали та методи. Використано експериментально-діагностичний метод дослідження (модифікований варіант методики Дембо–Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного й фізичного здоров'я; Короткий опитувальник сприйняття хвороби (КОСХ, ВІРQ) в адаптації Ялтонського В. М. та адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).

У дослідження було залучено 92 хворих на шизофренію (F20), з яких основну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію з діагнозом цукровий діабет 2-го типу, контрольну – 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної патології.

Результати. Встановлено, що хворі на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом, значно нижче оцінювали стан свого здоров'я загалом, сприймали себе як більш хворих фізично, ніж психічно, при цьому сприймали власне психічне захворювання емоційніше, як більш загрозливе та менш особистісно контрольоване, порівняно з соматичним, а також характеризувались частковим збереженням критичності відносно психічного захворювання.

Висновки. Оскільки особливості свідомості хвороби обумовлюють поведінку хворого в процесі лікування, його комплаєнтність та результати терапії, отримані результати дослідження доводять необхідність розробки та проведення цільових програм психоосвітньої та психотерапевтичної роботи з хворими на шизофренію, що поєднана з цукровим діабетом, щодо усвідомлення та сприйняття психічного та соматичного розладів при їх поєднаному існуванні.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет 2-го типу, самооцінка стану здоров'я, сприйняття хвороби, інсайт.

ОСОБЕННОСТИ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е. В. Опря*, М. М. Пустовойт

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Актуальность. Наличие тесной взаимосвязи между психическими и соматическими заболеваниями, их негативное взаимовлияние и тяжелые последствия, связанные со значительными осложнениями обоих вариантов патологии, формированием сложнокурабельных форм расстройств и ростом уровня преждевременной смертности, обуславливают актуальность исследований в этом направлении.

Цель – исследовать особенности самооценки, восприятия и осознания психической и соматической болезни в сознании больных шизофренией, сочетанной с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Использован экспериментально-диагностический метод исследования (модифицированный вариант методики Дембо–Рубинштейн для определения особенностей самооценки общего состояния здоровья и отдельно психического и физического здоровья; Краткий опросник восприятия болезни (КОВБ, ВІРQ) в адаптации Ялтонского В. М. и адаптированный вариант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).

В исследование было вовлечено 92 больных шизофренией (F20), из которых основную группу исследования составили 42 больных шизофренией с диагнозом сахарный диабет 2-го типа, контрольную – 50 больных шизофренией без хронической соматической патологии.

Результаты. Установлено, что больные шизофренией с сахарным диабетом значительно ниже оценивали состояние своего здоровья в целом, воспринимали себя как более больных физически, чем психически, при этом воспринимали собственное психическое заболевание более эмоционально, как более угрожающее и менее лично контролируемое, по сравнению с соматическим, а также характеризовались частичным сохранением критичности относительно психического заболевания.

Выводы. Поскольку особенности сознания болезни обуславливают поведение больного в процессе лечения, его комплаентность и результаты терапии, полученные результаты исследования доказывают необходимость разработки и проведения целевых программ психообразовательной и психотерапевтической работы с больными шизофренией, сочетанной с сахарным диабетом, по осознанию и восприятию психического и соматического расстройств при их совместном существовании.

Ключевые слова: шизофрения, сахарный диабет 2-го типа, самооценка состояния здоровья, восприятие болезни, инсайт.

PECULIARITIES OF THE CONSCIOUSNESS OF MENTAL AND SOMATIC DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES

Ye. V. Oprya*, M. M. Pustovoyt

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Background. The close relationship between mental and somatic diseases, their negative interaction and the serious consequences associated with significant complications of both pathology options, the formation of difficulty management forms of disorders and an increase in the level of premature mortality determine the relevance of research in this direction.

Objective – to explore the characteristics of self-esteem, perception and awareness of mental and somatic disease in the minds of schizophrenic patients with diabetes mellitus 2-nd type.

Materials and methods. We used an experimental and diagnostic research method (a modified version of the Dembo-Rubinstein methodology to determine the features of self-assessment of general health and mental and physical health separately; the Short Questionnaire of Disease Perception (Cowboys, BIPQ) in the adaptation of V. M. Yaltovsky and the adapted version of the SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). We examined 92 patients with schizophrenia (F20), of which the main group of the study consisted of 42 patients with schizophrenia diagnosed with type 2 diabetes, the control group – 50 patients with schizophrenia without chronic somatic pathology.

Results. It has been established that patients with schizophrenia and diabetes mellitus 2 type had significantly lower their overall health status, assessed themselves as more physically sick than mentally, but aware the mental illness itself more emotionally, as more threatening and less personality controlled than somatic, and characterized by partial critics toward mental illness.

Conclusions. It was revealed that the peculiarities of the disease's consciousness determines the patient's behavior in the process of treatment, his compliance and the results of therapy, the results of the study prove the need to develop and conduct targeted psycho-social and psychotherapeutic work programs for patients with schizophrenia, combined with diabetes mellitus for understanding and perception of mental and somatic disorders in their co-existence.

Keywords: schizophrenia, diabetes mellitus type 2, self-assessment of the state of health, perception of the disease, insight.

For citation: Oprya Ye. V., Pustovoyt M. M. Peculiarities of the consciousness of mental and somatic diseases in patients with diabetes. *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 197–201.

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yoprya@yahoo.com

Received / Поступила: 23.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 16.11.2018

Актуальність. Проблема психосоматичної коморбідності є одним із пріоритетних та надскладних питань сучасної системи охорони здоров'я [1, 2]. Наявність тісного взаємозв'язку між психічними та соматичними захворюваннями, їх негативний взаємовплив та тяжкі наслідки, що пов'язані зі значними ускладненнями обох варіантів патології, формуванням складнокурабельних форм розладів та зростанням рівня передчасної смертності, обумовлюють актуальність досліджень у цьому напрямку [2, 3].

Шизофренія є одним з найпоширеніших психічних розладів, що часто поєднується з соматичною патологією, яку виявляють майже у кожного другого хворого на шизофренію [4, 5]. Однак діагностика та лікування поєднаних психосоматичних станів у хворих на шизофренію особливо ускладнені за рахунок нівелювання симптомів соматичних розладів психопатологічною симптоматикою, зниження або викривлення тілесної перцепції, а також специфіки порушень сприйняття та свідомості. Порушення усвідомлення хвороби є одним з патогномонічних критеріїв при діагностиці шизофренії. Згідно з даними статистики, від 30 до 97 % хворих на шизофренію не усвідомлюють наявності у себе психічної хвороби, що значно ускладнює лікування та негативно позначається на його ефективності [6]. У випадку поєднання шизофренії з хронічним соматичним захворюванням актуальним стає питання усвідомлення та сприйняття не тільки психічної, а й соматичної хвороби, яке також часто виявляється патологічним. При цьому саме усвідомлення та сприйняття хвороби обумовлює поведінку хворого, його прихильність до терапії та, відповідно, ефективність лікування [7]. Однак у наявній літературі є обмаль даних щодо особливостей сприйняття хворими на шизофренію психічного та соматичного захворювань у разі їх поєднання, що й обумовило мету даної роботи.

Мета – дослідити особливості самооцінки, сприйняття та усвідомлення психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію та цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації мети дослідження використано наступні методики: модифікований варіант методики Дембо – Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного й фізичного здоров'я [8]; Короткий опитувальник сприйняття хвороби (КОСХ, BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. [9] та адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінки рівня інсайту пси-

хічної хвороби [10]. При статистичній обробці отриманих даних застосовували методи дескриптивної статистики та порівняльного аналізу (t-критерій Ст'юдента та точний метод Фішера).

У дослідженні брали участь 92 хворих на шизофренію (F20); основну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію з супутнім цукровим діабетом 2-го типу, контрольну – 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної патології.

Хворі, які взяли участь у дослідженні, відповідали загальним критеріям включення: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10 тривалістю не менше 3 років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що постають відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. Загальними критеріями виключення слугували: наявність органічних захворювань ЦНС; виразних когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; відповідність стану критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

Критеріями включення в основну групу дослідження були наявність цукрового діабету 2-го типу тривалістю не менше 3 років без ожиріння (ІМТ<30). Критерієм включення хворих до контрольної групи дослідження була відсутність хронічних соматичних захворювань.

Сформовані групи дослідження за основними соціодемографічними показниками достовірно не відрізнялись. У обох групах хворих переважали жінки (61,9 % в основній групі та 52 % в групі контролю) віком від 30 до 50 років. Середній вік обстежених осіб основної групи складав 39,6 років, контрольної – 37,8 років.

Результати та їх обговорення

Оцінка стану власного здоров'я та визнання або, навпаки, невизнання себе хворим є однією з складових «свідомості хвороби». Для оцінки пацієнтами рівня власного психічного та соматичного здоров'я використовували модифікований варіант методики Дембо – Рубінштейн, що передбачав графічне відображення окремо трьох параметрів здоров'я: «загальний стан здоров'я», «стан психічного здоров'я» та «стан фізичного здоров'я», представлених двополосними шкалами з означеною серединою. Нижній полюс шкал відображав найнижчі оцінки (самий хворий), а верхній полюс – найвищі оцінки (самий здоровий). Рівень самооцінки за кожною шкалою оцінювався в балах відповідно

до градації оцінок на шкалах у сантиметрах (в діапазоні від 0 до 10). Отримані дані графічно відображено на рисунку 1.



Умовні позначення: статистичні відмінності за групами порівняння позначено*

Рис. 1. Самооцінка стану власного здоров'я хворими на шизофренію за групами порівняння

Отримані результати свідчать, що хворі на шизофренію основної групи мали знижену самооцінку рівня свого здоров'я за всіма означеними параметрами, особливо за рівнем загального стану здоров'я ($4,16 \pm 0,26$), порівняно з групою контролю ($4,84 \pm 0,31$) ($p \leq 0,05$). При цьому хворі основної групи оцінювали загальний стан свого здоров'я нижче ($4,16 \pm 0,26$), ніж окремо стан фізичного ($4,22 \pm 0,27$) та психічного здоров'я ($4,85 \pm 0,33$), й вважали себе більше хворими фізично ($4,22 \pm 0,27$ балів), ніж психічно ($4,85 \pm 0,33$ балів). Зазначене свідчить про стабільно знижений фон настрою, песимізм хворих основної групи відносно стану власного здоров'я, що загострюється поєднанням фізичної та психічної патології, кожна з яких окремо оцінюється менш песимістично.

У хворих контрольної групи виявлено вищі показники рівня психічного здоров'я ($5,42 \pm 0,37$) при значно нижчих оцінках стану фізичного здоров'я ($4,56 \pm 0,28$) та загального стану здоров'я ($4,84 \pm 0,31$), тобто хворі контрольної групи також вважали себе більше хворими фізично, ніж психічно, і характеризувалися вищою оцінкою рівня загального стану здоров'я з тенденцією до соматизації психопатологічних проявів, незважаючи на реальну відсутність хронічних соматичних захворювань.

У рамках дослідження феномену свідомості хвороби також було проаналізовано особливості сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих на шизофренію за допомогою Короткого опитувальника сприйняття хвороби (КОСХ, VIPQ). Хворі обох дослідних груп оцінювали за даним опитувальником своє психічне захворювання, а хворі основної групи, окрім психічного, оцінювали також свою соматичну хворобу. Особливості сприйняття



Примітка. * – статистично достовірні відмінності за групами порівняння.

Рис. 2. Особливості сприйняття психічної хвороби хворими на шизофренію за групами порівняння

психічної хвороби хворими на шизофренію за групами порівняння відображено на рисунку 2.

Серед структурних особливостей сприйняття психічної хвороби у хворих основної групи відзначався більш високий рівень ідентифікації психічної хвороби ($6,53 \pm 0,32$) при її низькому особистісному контролі ($3,58 \pm 0,20$), порівняно з контрольною групою ($5,86 \pm 0,31$ та $4,50 \pm 0,25$, відповідно) ($p \leq 0,05$), тобто розпізнання симптомів власного психічного захворювання, свого діагнозу, при неможливості його контролювати. Отримані дані відображались на загальних показниках рівня загрози психічного захворювання, який у хворих основної групи виявився значно вищим ($0,44 \pm 0,13$), ніж у контрольній групі ($0,01 \pm 0,09$) ($p \leq 0,05$).

Структурні особливості сприйняття соматичної хвороби пацієнтами основної групи представлено на рисунку 3.

У сприйнятті соматичної хвороби пацієнтами основної групи відзначалось визнання її довготривалості ($7,23 \pm 0,43$), доволі високий рівень її ідентифікації ($6,88 \pm 0,39$) та занепокоєння її наявністю ($6,74 \pm 0,38$) при низькій можливості її особистісного контролю ($4,72 \pm 0,33$) та невисоких показниках її впливу на емоційний стан хворого.

За результатами співвідношення показників сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих основної групи (рис. 4) виявлено значно вищий рівень занепокоєння ($6,74 \pm 0,38$), визнання більшої довготривалості ($7,23 \pm 0,43$) та можливості особистісного контролю ($4,72 \pm 0,33$) соматичної хвороби, порівняно з психічною ($5,18 \pm 0,34$; $5,44 \pm 0,31$ та $3,58 \pm 0,20$, відповідно) ($p \leq 0,05$). При цьому психічна хвороба сприймалась значно емоційніше ($5,37 \pm 0,29$), ніж соматична ($4,70 \pm 0,30$) ($p \leq 0,05$).

Хворі основної групи сприймали психічне захворювання як більш загрозливе ($0,44 \pm 0,13$), ніж соматичне ($0,12 \pm 0,09$).

Аналізуючи особливості свідомості хвороби у пацієнтів з шизофренією неможливо обійти категорію усвідомлення психічної хвороби, що в сучасній психіатрії представлена концепцією інсайту та передбачає формування адекватної оцінки власного хворобливого стану у відповідності з об'єктивними медико-соціальними висновками спеціалістів. Для оцінки рівня усвідомлення психічної хвороби, інсайту, у хворих на шизофренію досліджуваних груп було використано адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). Більшість обстежених в обох групах дослідження характеризувалась частковим усвідомленням психічної хвороби (61,91 %

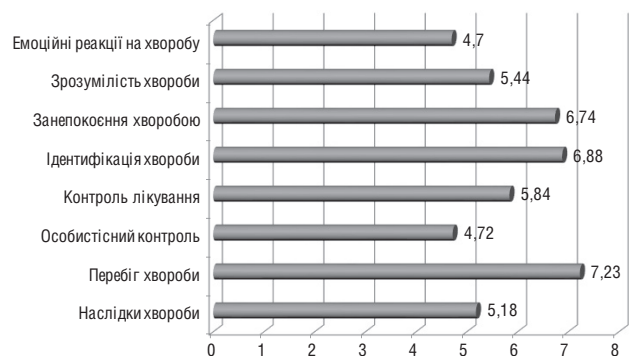


Рис. 3. Особливості сприйняття соматичної хвороби пацієнтами основної групи



Рис. 4. Співвідношення сприйняття соматичної та психічної хвороби пацієнтами основної групи

у хворих основної групи та 60 % у хворих контрольної групи, без статистичних відмінностей за групами порівняння), тобто характеризувались переважною суперечливістю і несформованістю адекватної репрезентації зовнішньої картини хвороби, відсутністю чітких переконань відносно свого захворювання. Порушене усвідомлення, тобто перевернена репрезентація об'єктивної реальності хвороби, відзначалось у 19,05 % хворих основної групи та у 24 % хворих контрольної групи, також без статистичних відмінностей за групами порівняння. Повне ж усвідомлення психічної хвороби (адекватна й стійка репрезентація зовнішньої картини хвороби, що повністю збігається з об'єктивною медико-соціальною реальністю захворювання) відзначалось у 19,05 % хворих основної та у 16 % хворих контрольної груп.

Детально структура інсайту обстежених хворих за групами порівняння представлена в таблиці 1.

Встановлено, що у хворих на шизофренію основної групи відзначався значно вищий рівень усвідомлення наявності психічного розладу за критеріями «усвідомлення» (2,82±0,19 балів) та «сприйняття навколишніх» (2,73±0,22 балів), порівняно з контрольною групою (3,45±0,19 та 3,37±0,17 балів відповідно (p≤0,05)). Окрім того, хворі основної групи більше усвідомлювали факт сприйняття оточенням необхідності лікування їх психічного розладу (2,46±0,21), порівняно з контрольною групою (3,18±0,24) (p≤0,05). Тобто, хворі основної групи більше усвідомлювали наявність у себе психічного розладу, а також той факт, що навколишні помічають їх хворобу, вважають їх психічно хворими та визнають, що вони потребують лікування психічного розладу. При цьому в структурі інсайту найменш усвідомлюваними у хворих на шизофренію як основної так і контрольної груп були «визначення психічного розладу» та його назва.

Згідно з аналізом середніх показників за шкалами SUMD, у структурі інсайту хворих основної групи найвищий рівень спостерігався за шкалами «ефект медикаментів» (2,32±0,18) та «соціальні наслідки» (2,47±0,20), при цьому найнижчі показники інсайту були за шкалами «визначення психічного розладу» (3,35±0,23), «назва психічного розладу» (3,40±0,20) та «симптоми психічного розладу» (3,03±0,22). Тобто, хворі основної групи найбільше усвідомлювали ефект від медикаментів та соціальні наслідки психічного розладу, при цьому найменш коректно визначали психічний розлад, його назву та симптоми.

У структурі інсайту хворих контрольної групи також найбільше усвідомлюваними були соціальні наслідки хвороби

(2,48±0,22) та ефект від медикаментів (2,59±0,23), при цьому найнижчим було усвідомлення визначення психічного розладу (3,75±0,26), назви (3,64±0,22), загалом його наявності (3,46±0,22) та симптомів (3,27±0,20). Тобто у хворих контрольної групи був нижчий рівень усвідомлення, визнання у себе наявності психічного розладу та низька здатність ототожнювати власні психопатологічні симптоми з реально наявним психічним захворюванням, часто визначаючи їх як прояви соматичного захворювання, а інколи й називаючи конкретними назвами соматичних недугів без їх реальної наявності. При цьому хворі на шизофренію обох груп не здатні були адекватно визначати власне психічне захворювання та його назву, досить часто пов'язуючи та ототожнюючи між собою соматичні та психопатологічні симптоми, визнаючи психопатологічну симптоматику наслідком соматичного захворювання або навпаки. Зазначене віддзеркалює проблему недостатньої обізнаності хворих відносно причин, механізмів та клінічних проявів свого психічного розладу та соматичної патології й потребує посилення психоосвітньої та психотерапевтичної роботи в цьому напрямку.

Висновки

У результаті проведеного дослідження виявлено, що хворі на шизофренію з цукровим діабетом харак-

Таблиця 1 Структура інсайту психічної хвороби у хворих на шизофренію за групами порівняння

Шкали інсайту (SUMD)	Критерій	Основна група, n=42	Контрольна група, n=50
		M± m	M± m
Наявність психічного розладу	Усвідомлення	2,82±0,19*	3,45±0,19
	Розуміння причин	3,20±0,24	3,56±0,27
	Сприйняття навколишніх	2,73±0,22*	3,37±0,17
	серед. бал за шкалою	2,92±0,23	3,46±0,22
Необхідність лікування	Усвідомлення	2,76±0,19	2,82±0,21
	Розуміння причин	3,18±0,26	3,24±0,20
	Сприйняття навколишніх	2,46±0,21*	3,18±0,24
	серед. бал за шкалою	2,8±0,23	3,08±0,23
Ефект медикаментів	Усвідомлення	2,30±0,19	2,54±0,23
	Розуміння причин	2,22±0,17	2,46±0,18
	Сприйняття навколишніх	2,44±0,25	2,78±0,20
	серед. бал за шкалою	2,32±0,18	2,59±0,23
Соціальні наслідки	Усвідомлення	2,12±0,17	2,35±0,21
	Розуміння причин	2,48±0,22	2,42±0,19
	Сприйняття навколишніх	2,82±0,21	2,68±0,23
	серед. бал за шкалою	2,47±0,20	2,48±0,22
Симптоми психічного розладу	Усвідомлення	3,24±0,25	3,45±0,25
	Розуміння причин	3,32±0,26	3,62±0,28
	Сприйняття навколишніх	2,52±0,20	2,74±0,23
	серед. бал за шкалою	3,03±0,22	3,27±0,20
Назва психічного розладу		3,40±0,20	3,64±0,22
Визначення психічного розладу		3,35±0,23	3,75±0,26
Загальний рівень інсайту (середній бал за шкалою)		2,79±0,23	3,06±0,24

Примітки: 1. * – статистично значущі показники вірогідності – p≤0,05; 2. При інтерпретації слід враховувати інверсний характер отриманих балів.

теризувались: серед особливостей самооцінки стану здоров'я – низькою самооцінкою рівня власного здоров'я загалом внаслідок поєднання соматичного та психічного захворювань, кожне з яких окремо оцінювалося менш песимістично; серед особливостей сприйняття хвороби – сприйняттям соматичного захворювання як більш особистісно контрольованого, порівняно з психічним, яке сприймалось більш емоційно, як більш загрозове для життя та менш контрольоване; серед особливостей інсайту психічної хвороби – переважно частковим збереженням критичності щодо психічного розладу з усвідомленням факту його наявності та сприйняття оточуючими їх психічної хвороби й необхідності лікування. При цьому хворі на шизофренію обох груп не здатні були адекватно визначати власне психічне захворювання, досить часто пов'язуючи та отождоюючи між собою симптоми соматичного та психічного захворювань, визнаючи психопатологічну симптоматику наслідком соматичного захворювання або навпаки.

Оскільки особливості усвідомлення хвороби обумовлюють поведінку хворого в процесі лікування, його комплаєнтність та результати терапії, отримані результати дослідження доводять необхідність розробки та проведення цільових програм психоосвітньої та психотерапевтичної роботи з хворими на шизофренію, що поєднана з цукровим діабетом, щодо усвідомлення та сприйняття психічного та соматичного розладів при їх поєднанні.

Список використаної літератури

- Cohen A. Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями. Всемирная организация здравоохранения. 2017. 44 с. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-noncommunicable-diseases-2017> (дата обращения: 02.10.2018).
- Европейский план действий по охране психического здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan> (дата обращения: 02.10.2018).
- Druss B. G., Walker E. R. Mental Disorders and medical comorbidity. *Synth Proj Res Synth Rep.* 2011. Issue 21. P. 1–26.
- Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry.* 2013. Vol. 42, issue 3. P. 51–55.
- Castle D. J., Buckley P. F., Gaughran F. P. *Physical Health and Schizophrenia.* UK: Oxford University Press, 2017. 136 p.
- Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией / Д. Г. Семиныхин, А. М. Карпов, Ф. Г. Шигабутдинова [и др.] // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 182–184. Режим доступа: <http://pmarchive.ru/osobennosti-vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnyh-paranojnoj-shizofreniej-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej>

- vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnyh-paranojnoj-shizofreniej-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej (дата обращения: 02.10.2018).
- Keith J. P., Broadbent E., Kydd R. Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health.* 2008. Vol. 17, issue 6. P. 559–564. DOI: 10.1080/09638230802523047.
 - Яншин П. В. Клиническая психодиагностика личности // Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007. 320 с.
 - Ялтонский В. М., Ялтонская А. В., Сирота Н. А., Московченко Д. В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования.* 2017. Т. 10, № 51. С. 1. Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html#e3> (дата обращения: 02.10.2018).
 - Абрамов В. А., Осокіна О. І., Студзінський О. Г., Ушенін С. Г. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії: методичні рекомендації. Київ, 2011. 29 с.

References

- Cohen, A. (2017). *Reshenie problem komorbidnosti mezhdru psichicheskimi rasstrojstvami i osnovnymi neinfekcionnymi zabolevanijami* [Addressing comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases]. WHO, Copenhagen. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-noncommunicable-diseases-2017> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
- WHO (2013). *Evropejskij plan dejstvuj po ohrane psichicheskogo zdorov'ya* [The European Mental Health Action Plan]. WHO, Copenhagen. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
- Druss, B. G. & Walker, E. R. (2011). Mental Disorders and Medical Comorbidity. *Synth Proj Res Synth Rep.*, issue 21, pp. 1–26.
- Tandon, R. (2013). Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry*, vol. 42, issue 3, pp. 51–55.
- Castle, D. J., Buckley, P. F., & Gaughran, F. P. (2017). *Physical Health and Schizophrenia.* UK: Oxford University Press; Oxford, 136 p.
- Semenikhin, D. G., Karpov, A. M., Shigabutdinova, F. G., Kuchaeva, A. V., & Burashnikova, I. S. (2017). Osobennosti vnutrennej kartiny bolezni i lecheniya u bol'nyh paranojnoj shizofreniej s komorbidnoj somaticheskoy patologiej [The peculiarities of the internal picture of the disease and treatment in patients with paranoid schizophrenia with concomitant somatic pathology]. *Prakticheskaya medicina – Practical medicine*, issue 1 (66), pp. 182–184. Available at: <http://pmarchive.ru/osobennosti-vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnyh-paranojnoj-shizofreniej-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
- Keith, J. P., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health*, vol. 17, issue 6, pp. 559–564. DOI: 10.1080/09638230802523047.
- Yanshin, P. V. (2007). *Klinicheskaya psichodiagnostika lichnosti* [Clinical psychodiagnostics of personality]. (2nd ed). St. Petersburg: Rech, 320 p. (In Russian).
- Yaltonsky, V. M., Yaltonskaya, A. V., Sirota, N. A., & Moskovchenko, D. V. (2017). Psychometric properties of the Russian version of Brief Illness Perception Questionnaire. *Psikhologicheskie Issledovaniya – Psychological research*, vol. 10, issue 51. Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html#e3> (access date: 02.10.2018).
- Abramov, V. A., Osokina, O. I., Studzinskij, O. G., & Ushenin, S. G. (2011). *Diahnostyka ta psyhoterapevtichna korektsiya porushennia usvidomlennia psichichnoi khvoroby na rannikh stadiakh shyzofrenii (metodychni rekomendatsii)* [Diagnosis and psychotherapeutic correction of the violation of awareness of mental illness in the early stages of schizophrenia: methodical recommendations]. Kyiv, 29 p. (In Ukrainian).

Відомості про авторів:

ОПРЯ Євген Васильович – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprja@yahoo.com
ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович – д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: pmm2109@gmail.com

Сведения об авторах:

ОПРЯ Евгений Васильевич – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса; Украина; e-mail: yoprja@yah oo.com
ПУСТОВОЙТ Михаил Михайлович – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: pmm2109@gmail.com

About the Authors:

OPRYA Yevgen Vasylyovych – MD, PhD, Docent, chair of psychiatry and narcology, Odessa national medical university, Odessa, Ukraine; e-mail: yoprja@yahoo.com
PUSTOVOYT Mykhaylo Mykhaylovych – MD, PhD, Professor, chair of psychiatry and narcology, Odessa national medical university, Odessa, Ukraine; e-mail: pmm2109@gmail.com