

Abstract

K. S. Zhyvago,

Bogomolets National Medical University, Department of Psychiatry and Narcology, 103A Kyrylivska str., Campus Building 7, Kyiv, Ukraine, 04080

PACKAGE OF MEASURES FOR MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA AND SYMPTOMS OF DEPRESSION

Introduction. The frequency of depressive symptoms of the patients with paranoid schizophrenia is about 7–75 % depending on the state of the disease. Recently, more attention is given to the aftermath of mental disorders, social re-adaptation, support of decent level of social functioning.

Purpose. The goal of the research was to develop a set of measures for medical and social rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia who suffer from depressive symptoms, which was based on data from research of their social functioning and quality of life specificity.

Materials and Methods. We examined 82 patients with depressive symptoms and special characteristic of their social functioning and quality of life, comparing with a group of patients (47 persons) without symptoms of depression. In the future, patients with depressive symptoms were divided into basic (44 persons) and control groups (37 persons) in order to implement complex of rehabilitation developed by us (1 patient dropped out). For the study were used such methods: clinico-anamnestic, clinical, psychopathological, pathopsychological, socio-demographic and medical statistics. To study social functioning and quality of life the following scales were used: PANSS, CDSS, HDRS, HARS, PSP, a questionnaire for the assessment of social functioning and quality of life of the mentally ill people and WHOQOL for the mentally ill people. Groups did not differ for major demographic and patopsychological features.

Results. The most evident ($p < 0,05$) dysfunction was observed in such areas of social life: socially useful activities, relationships with family and self-service, characteristics of circle of contacts. Also, we noticed decreased ability to work and necessity to prevent aggressive tendencies in individual patients. By WHOQOL assessment we identified a low level of quality of life for this group of patients in general and in specific areas. Based on these results, we developed a set of activities of medical and social rehabilitation for patients with paranoid schizophrenia with symptoms of depression. Rehabilitation included: psychoeducational program for patients and their relatives; individual and group psychotherapeutic correction; formation of life skills; overcoming problems in interpersonal interaction; formation of social contacts and support as for existing problems (including overcoming problems in family relationships); organizing daily activities; career guidance. Work was performed both individually and in groups of patients and their relatives. The program was designed for 4–6 weeks for 3–5 sessions per week lasting up to 90

minutes. Areas of rehabilitation can be combined in different ways for to achieve the best results.

Discussion. The use of the proposed program allows to reduce the level of depression, improve social functioning and the quality of life of patients with depressive symptoms and paranoid schizophrenia.

Keywords: paranoid schizophrenia, depression, rehabilitation, social functioning, quality of life, the mentally ill.

Corresponding author: kristinazhyvago@gmail.com

Резюме

Х. С. Живаго,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології, вул. Кирилівська 103А, корпус 7, м. Київ, Україна, 04080

КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ

У статті представлено розроблений нами комплекс заходів медико-соціальної реабілітації для хворих на параноїдну шизофренію з симптомами депресії, розроблений на основі виявлених нами особливостей їх соціального функціонування та якості життя. Реабілітаційна робота проводилася в наступних напрямках: психоосвітня програма для пацієнтів та їх родичів; психотерапевтична корекція, індивідуальна і груповая; формування побутових навичок; подолання проблем в міжособистісній взаємодії, формуванні соціальних контактів і підтримці існуючих (включало подолання проблем в сімейних стосунках); організація денної активності; профорієнтація. Застосування запропонованого нами комплексу дозволило ($p < 0,05$) знизити рівень депресії, поліпшити соціальне функціонування і підвищити якість життя хворих з депресивною симптоматикою при параноїдній шизофренії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, депресія, реабілітація, соціальне функціонування, якість життя, психічно хворі.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

В статье представлено разработанный нами комплекс мер медико-социальной реабилитации для больных параноидной шизофренией с симптомами депрессии, основанный на выявленных нами особенностях их социального функционирования и качества жизни. Реабилитационная работа проводилась в следующих направлениях: психообразовательная программа для пациентов и родственников; психотерапевтическая коррекция, индивидуальная и групповая; формирование бытовых навыков; преодоление проблем в межличностном взаимодействии, формировании социальных контактов и поддержка существующих (включало преодоления проблем в семейных отношениях); организация дневной активности; профориентация. Применение предложенного нами комплекса позволило ($p < 0,05$) снизить уровень депрессии, улучшить социальное функционирование и повысить качество жизни больных с депрессивной симптоматикой при параноидной шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, депрессия, реабилитация, социальное функционирование, качество жизни, психически больные.

Автор, відповідальний за листування: kristinazhyvago@gmail.com



Вступ

Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя пацієнтів та їх родичів [1, 2, 3].

Параноїдна шизофренія є найбільш поширеною формою ендогенних захворювань (28%), а частота депресій серед простежених протягом 5 років хворих на шизофренію складає 7–75% [4, 5, 6].

Однією з найбільш актуальних і складних проблем сучасної психіатрії є досягнення хворим повноцінного функціонування у суспільстві, здатності користуватись усіма громадянськими правами та свободами, що заключено у таких поняттях, як реабілітація, реадaptaція та ресоціалізація [1, 7, 8, 9, 10].

За даними ВООЗ: “Психосоціальна реабілітація – це процес, котрий дає можливість людям з ослабленим здоров’ям або інвалідам, в результаті психічних розладів, досягти свого оптимального рівня незалежного функціонування у суспільстві” [4].

Ряд дослідників наголошують на важливості поєднання медикаментозного лікування та психосоціальних втручань для лікування хворих на шизофренію із симптомами депресії [1, 2, 11, 12]. Ефективне психосоціальне лікування має бути практичне за змістом та пропонувати конкретне вирішення щоденних проблем пацієнта, формувати соціальні навички незалежного проживання [2, 6, 10, 11]. Саме тому метою нашої роботи стала розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

Матеріали та методи дослідження. На основі добровільної поінформованої згоди нами обстежено 82 хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії, виявлено особливості їх соціального функціонування (СФ) та якості життя (ЯЖ) в порівнянні із групою хворих (47 чол.) без депресивної симптоматики. Для впровадження КР, хворих із депресивною симптоматикою (81 особа, 1 хворий покинув дослідження) було рандомізовано у основну (44 хв.) та контрольну (37 хв.) групи. В основній групі пацієнти проходили запропонований нами КР, в контрольній – стандартні у лікарні реабілітаційні втручання. В дослідженні використано методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічні, соціально-демографічний та математичної статистики. Групи суттєво не відрі-

знялися за віком, статтю, особливостями перебігу, тривалості та віком дебюту захворювання, синдромальною структурою: основна група (44 хв.) складалася з 18 (40,91 %) чоловіків та 26 (59,09 %) жінок; контрольна (37 хв.) – з 16 (43,24 %) чоловіків та 21 (56,76 %) жінки. У дослідженні використано шкали PANSS, CDSS, HDRS, HARS, PSP, опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих та ВОЗКЖ-СМ. До початку реабілітації сумарний показник за шкалою HARS становив у основній групі $18,34 \pm 8,40$ бали, в контрольній – $20,94 \pm 7,48$ бали ($p = 0,148$). Сумарний показник PANSS в основній групі – $112,36 \pm 7,65$ бали, в контрольній – $114,46 \pm 6,25$ бали ($p = 0,185$). Сумарний показник за шкалою CDSS у основній групі становив $14,66 \pm 4,26$ бали, у контрольній – $14,62 \pm 3,30$ бали ($p = 0,965$). За шкалою HDRS середній бал у основній групі склав $13,86 \pm 3,78$, у контрольній – $13,76 \pm 3,56$ бали ($p = 0,903$). Розподіл хворих за ступенем тяжкості депресії, за шкалою HDRS, є статистично не значимим ($p = 0,485$). У хворих обох груп превалювала депресивна симптоматика середнього ступеню тяжкості (23 (52,27 %) та 20 (54,05 %) хворих, відповідно). За шкалою PSP рівень СФ у основній групі становив $45,13 \pm 14,40$ бали, у контрольній – $47,24 \pm 12,37$ бали ($p = 0,486$). Рівень ЯЖ за опитувальником ВОЗКЖ-СМ в основній групі склав $132,68 \pm 43,79$ бали, у контрольній – $132,59 \pm 43,76$ бали ($p = 0,993$). Оцінка ефективності запропонованого комплексу проводилась за визначеними методиками після його закінчення та через 12 місяців катамнестичного спостереження. Через 12 місяців обстеженню були доступні 42 хворих основної групи та 36 – контрольної. Статистична обробка проводилась із застосуванням непараметричних критеріїв: пороговим значенням достовірності було прийнято інтервал значень $p < 0,05$, коли вірогідність міжгрупової різниці складає 95 % і вище.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження соціального функціонування та якості життя нами обґрунтовано, розроблено і впроваджено комплекс заходів медико-соціальної реабілітації (КР) хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії. «Мішенями» психосоціального лікування було визначено: усунення або зниження інтенсивності симптомів хвороби і зумовлених хворобою соціальних порушень; підвищення обізнаності хворих у всіх аспектах захворювання на шизофренію та, зокрема, депресивної симпто-



матики в рамках шизофренії; підвищення обізнаності про права хворих; формування комплайенсу; покращення соціального функціонування; підвищення якості життя; зниження рівня регоспіталізацій; профілактика суїцидів.

Зниження СФ ($p < 0,05$) відмічено у таких сферах як соціально-корисна діяльність, відношення з близькими та самообслуговування, характеристики кола спілкування. Також у деяких хворих відмічено необхідність профілактики агресивних тенденцій. Зниження працездатності спостерігалось не лише у сфері фізичної активності, але й інтелектуальної продуктивності та активності в побуті. Корекції потребували і низькі суб'єктивні оцінки якості життя практично у всіх сферах. На основі отриманих даних нами розроблено комплекс заходів (КР) медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

КР проводився в певній послідовності, в залежності від стану хворого на момент призначення реабілітаційних заходів. На початкових етапах включення у реабілітацію застосовувались більш прості форми впливу, у ході покращення стану хворого коло заходів розширювалося. Реабілітація проводилась індивідуально, у відділенні та на загальнолікарняному рівні. Робота із хворими, яким встановлено групу інвалідності по психічному захворюванню (8 (9,75 %) пацієнтів), проводилась також із врахуванням рекомендацій індивідуальних програм реабілітації (ІПР) психічно хворих інвалідів. Реабілітаційна робота із кожним хворим була розподілена на три періоди.

В першому, дореабілітаційному, періоді було проведено первинне обстеження, виявлено основні проблеми СФ та ЯЖ. Робота із пацієнтами була спрямована на формування мотивації до активної участі у запропонованому КР. Лікувальна тактика була спрямована на усунення або зниження інтенсивності гострих симптомів хвороби, стабілізацію стану, попередження ауто-агресивних та агресивних тенденцій, суїцидальних намірів.

В другому періоді, реабілітаційному, робота проводилась в три етапи, що і становить безпосередньо КР, впровадження яких залежало від стану хворого, у кількох напрямках та мала на меті подолання виявлених проблем. Медикаментозне лікування було спрямоване на стабілізацію психічного стану, досягнення медикаментозної ремісії та визначалось індивідуально лікуючим лікарем.

На першому етапі КР, хворий ще знаходився в стані загострення хвороби, проводилась стабілізація його стану, адаптація до умов психіатричного стаціонару, зниження рівня депресивних проявів, попередження розвитку явищ госпіталізму, формування дефекту особистості та наростання аутизації.

На другому етапі проводилась робота по покращенню СФ з метою реадаптації хворих у соціумі, формування комплайенсу шляхом підвищення специфічних знань про хворобу у пацієнтів та їх близьких.

На третьому етапі реабілітації, яка проводилась для хворих напередодні виписки, увага приділялась роботі над актуальними питаннями із метою закріплення одержаних результатів.

Таким чином, напрями реабілітаційної роботи склали:

1. Психосвітня програма для пацієнтів і родичів.
2. Психотерапевтична корекція, індивідуальна та групова.
3. Формування побутових навичок.
4. Подолання проблем у міжособистісній взаємодії, формуванні соціальних контактів та підтримка існуючих (включало подолання проблем у сімейних стосунках).
5. Організація денної активності.
6. Профорієнтація.

Запропоновані напрями реабілітаційних втручань передбачали не пряме слідування тематиці, а гнучке поєднання різних напрямів.

Реабілітаційна робота як індивідуально, так і в групі, проходила у вигляді зустрічей тривалістю не більше 1 – 1,5 години 3 – 5 разів на тиждень при перебуванні хворого у відділенні, та передбачали урізноманітнення діяльності, що попереджало перевтому. Загальна тривалість реабілітаційного комплексу була розрахована на 4 – 6 тижнів, що дозволяло пропрацювати всі поставлені задачі під час госпіталізації. Зустрічі з родичами пацієнтів, у присутності хворих та без них, проводились 1 – 2 рази на тиждень по 1 – 1,5 години.

В третьому, заключному, періоді проводилась оцінка ефективності запропонованого КР. Оцінка включала аналіз динаміки клініко-психосоціальних показників хворих основної групи та порівняння показників двох груп дослідження після закінчення реабілітації та через 12 місяців катamnестичного спостереження. У якості показників ефективності реабілітаційного комплексу в основній групі визначали ступінь



покращення / погіршення стану хворого за шкалою PANSS, зниження рівня депресії, частоту регоспіталізацій протягом року. Ефективною реабілітація визначалась при позитивних зрушеннях в одній або кількох областях життєдіяльності хворого відносно вихідних даних відповідно до шкали PSP та статистично до-

стовірного покращення сумарного показника опитувальника ВОЗКЖ-СМ.

Високо статистично значимою ($p < 0,0001$) була динаміка змін загального балу шкали PANSS після проведеної реабілітації з переважанням покращення в основній групі (рис. 1).

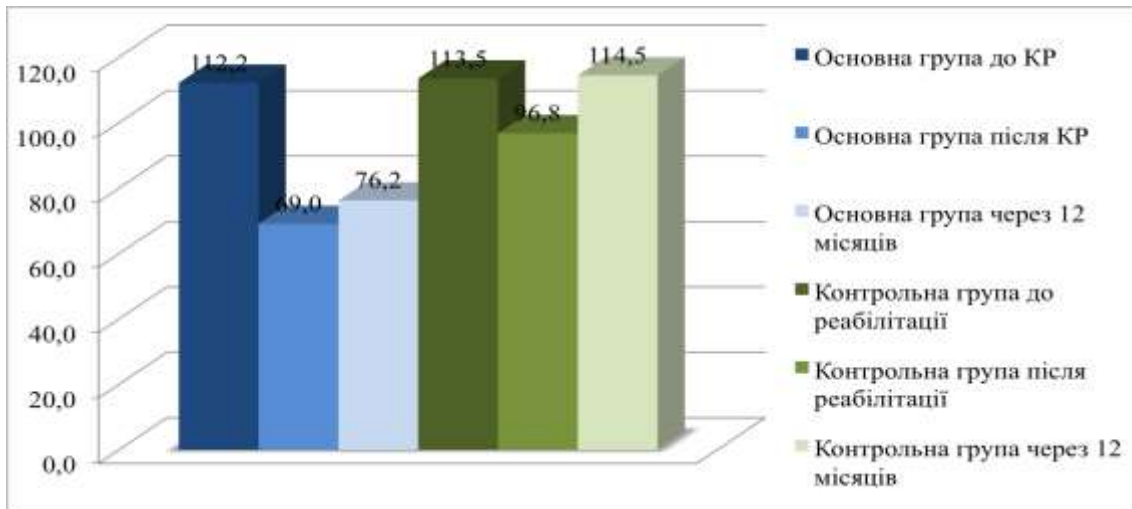


Рисунок 1 – Динаміка загального балу шкали PANSS у хворих основної та контрольної груп в результаті лікування.

Найбільшого зниження в основній групі набули показники фактору тривоги і депресії (-48,66%), а також факторів позитивного (-43,62%) та дезорганізації (-41,59%). У контрольній групі – позитивного фактору (-33,01%). Таким чином, під впливом психофармакотерапевтичного лікування в основній та контрольній групах відбувається поступове цілісне послаблення виразності симптоматики з переважанням виразності змін в основній групі. Через 12 місяців відмічено збереження динаміки у хворих основної групи. В контрольній групі відбулось погіршення показників факторів дезорганізації (7,42%) та тривоги і депресії (1,39%) вище початкового рівня. В обох групах спостерігалось зниження виразності негативної симптоматики (-30,33% та -23,22%, відповідно ($p < 0,0001$)), в основній групі позитивна динаміка за цим фактором спостерігалась навіть через 12 місяців після завершення КР, в контрольній групі відбувалось стрімке наростання негативної симптоматики майже до початкового рівня (-24,10% та -4,68%, відповідно ($p < 0,0001$)).

Далі ми оцінювали відносний ступінь покращення / погіршення у хворих основної та контрольної груп за шкалою PANSS ($p < 0,05$). В основній групі на момент виписки редукція симптоматики до 20% відмічена у 7 (15,9%) хворих, 20%

– 50% – 27 (61,36%) осіб та більше 50% – у 10 (22,72%). В контрольній групі: редукція до 20% спостерігалась у 17 (45,94%) пацієнтів, 20 – 50% – у 18 (48,64%) хворих, більше 50% – у 2 (5,4%) хворих. Таким чином, у хворих, які проходили КР, відмічено переважання покращення середнього (більше 20%) та високого (більше 50%) ступеню, тоді як в контрольній групі, переважав низький (до 20%) та середній (до 50%) ступені покращення.

Через 12 місяців катамнестичного спостереження ($p < 0,05$) в основній групі покращення психічного стану до 20% відмічено у 6 (14,28%) осіб, 20% – 50% – у 21 (50,0%) пацієнта, більше 50% – у 12 (28,57%) хворих. Погіршення психічного стану до 20% відмічено у 1 (2,38%) хворого, 20% – 50% – у 2 (4,76%) осіб, погіршення більше 50% не було виявлено серед пацієнтів основної групи. В контрольній групі відносний ступінь покращення до 20% відмічено у 14 (38,89%) хворих, 20% – 50% – у 3 (8,34%) осіб, більше 50% – у 5 (13,89%) хворих. Відносний ступінь погіршення психічного стану до 20% відмічено у 6 (16,67%) пацієнтів, 20% – 50% – у 3 (8,34%) осіб, погіршення більше 50% не було зареєстровано у хворих контрольної групи. Тобто, серед пацієнтів основної групи превалювало не лише покращення психічного

стану після участі у запропонованому нами КР, але й збереження набутих позитивних результатів протягом наступних 12 місяців.

При дослідженні рівня регоспіталізацій ($p = 0,030$) виявлено, що в основній групі протягом року були повторно госпіталізовані 10 (23,81 %) обстежених, 1 (2,27 %) хворий був госпіталізований двічі протягом року після закінчення комплексу реабілітації. В контрольній групі було регоспіталізовано 17 (47,22 %) пацієнтів та 5 (13,51 %) хворих були регоспіталізовані більше 1 разу протягом 12 місяців після реабілітації.

За шкалою CDSS ($p < 0,0001$) рівень депресії в основній групі знизився на 25,74 % (14,66 – 10,89 бали), в контрольній – 17,99 % (14,62 – 11,89 бали). За шкалою HDRS в основній групі показники знизились на 23,93 % (13,86 – 10,55 бали), а в контрольній – на 15,13 % (13,76 – 11,68 бали). Рівень тривоги за шкалою HARS знизився в основній групі на 26,02 % (18,34 – 13,57 бали), в контрольній – на 13,81 % (20,95 – 18,05 бали). Через 12 місяців катamnестичного спостереження показники рівня депресії в обох групах погіршились ($p < 0,05$). В основній групі показники рівня депресії за шкалами CDSS та HDRS залишалися нижчими за початкові та кращими, порівняно із

групою контролю. За шкалою CDSS показник в основній групі покращився, порівняно із початковим, на 19,76 % (14,66 – 11,76 бали), у групі контролю – на 2,92 % (14,62 – 14,19 бали). За шкалою HDRS в основній групі рівень депресії знизився на 17,56 % (13,86 – 11,43 бали) - порівняно з початковим, а у контрольній – підвищився на 1,16 % (13,76 – 13,92 бали). Після участі в запропонованому нами КР в основній групі відсутність симптомів тривоги спостерігалась ($p < 0,05$) у 34 (77,27 %) пацієнтів, тоді як в групі контролю таких хворих було 10 (27,02 %). Через 12 місяців тривога ($p < 0,05$) була відсутня у 24 (57,14 %) пацієнтів основної групи та 9 (25,5 %) – контрольної.

За шкалою PSP найбільш позитивні зрушення ($p < 0,05$) в основній групі, порівняно із контрольною, спостерігались у сферах соціально-корисна діяльність, стосунки із рідними та самообслуговування. Незважаючи на тенденцію до погіршення СФ протягом 12 місяців після реабілітації, в основній групі позитивні надбання зберігались, тоді як в контрольній групі показники значно погіршувались, повертаючись до первинних, або перевищуючи їх (табл. 1).

Таблиця 1 – Динаміка змін у сферах соціального функціонування за шкалою PSP пацієнтів основної та контрольної груп, виражена у відсотках

Показник PSP	Основна група (n = 44)		Контрольна група (n = 37)		p*	p**
	Динаміка у % до та після КР	Динаміка у % до та через 12 місяців після КР	Динаміка у % до та після реабілітації	Динаміка у % до та через 12 місяців після реабілітації		
Загальний бал	19,23	14,42	10,76	-7,45	0,0001	0,001
Соціально-корисна діяльність	-20,69	-12,10	-13,91	1,42	0,015	0,001
Стосунки із рідними та інші соціальні стосунки	-35,33	-31,00	-28,37	-18,36	0,023	0,001
Самообслуговування	-29,69	-24,70	-12,87	-8,42	0,0001	0,001
Поведінка, яка турбує оточуючих та є агресивною	-10,84	-9,12	-8,82	-4,78	0,560	0,289

Примітка. p* – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні основної та контрольної груп, після завершення реабілітації; p** – рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні основної та контрольної груп, через 12 місяців катamnестичного спостереження.

За опитувальником для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих позитивна динаміка після реабілітації спо-

стерігалась у всіх сферах соціального функціонування як в основній так і в контрольній групах (рис. 2).



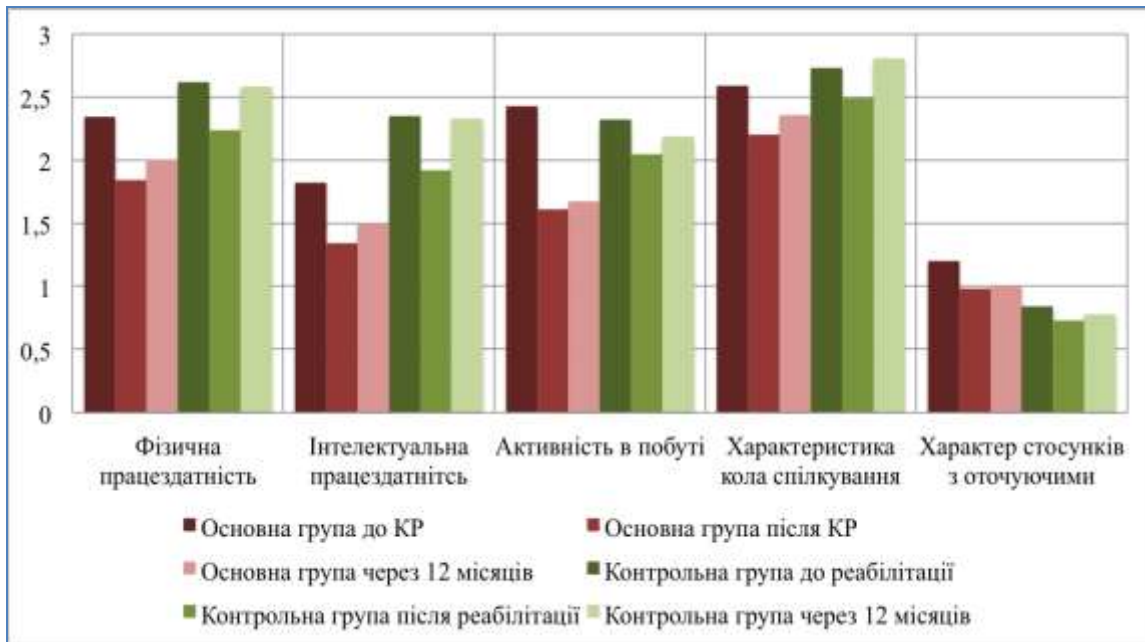


Рисунок 2 – Зміни у сферах соціального функціонування за опитувальником для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих.

При цьому, в основній групі найбільш виразні покращення спостерігалися в сферах фізичної працездатності та інтелектуальної продуктивності і активності в побуті. У контрольній – фізичної працездатності та інтелектуальної продуктивності. Через 12 місяців катамнестичного спостереження показники сфер мали тенденцію до погіршення. В основній групі вони незначно підвищилися, не досягаючи початкового рівня, на противагу контрольній групі, де за сферою характеристики кола спілкування підвищення показник перевершило початковий

рівень, а в сферах фізичної працездатності та інтелектуальної продуктивності прямували до початкових рівнів.

Загальний рівень ЯЖ за опитувальником ВОЗКЖ-СМ у хворих обох груп в результаті реабілітації підвищився (рис. 3). В основній групі рівень ЯЖ на початку був низьким, а після участі у КР підвищився до середнього та зберігався протягом 12 місяців. В контрольній групі рівень ЯЖ від низького підвищився до середнього, але через 12 місяців стрімко прямував назад, до низького рівня.

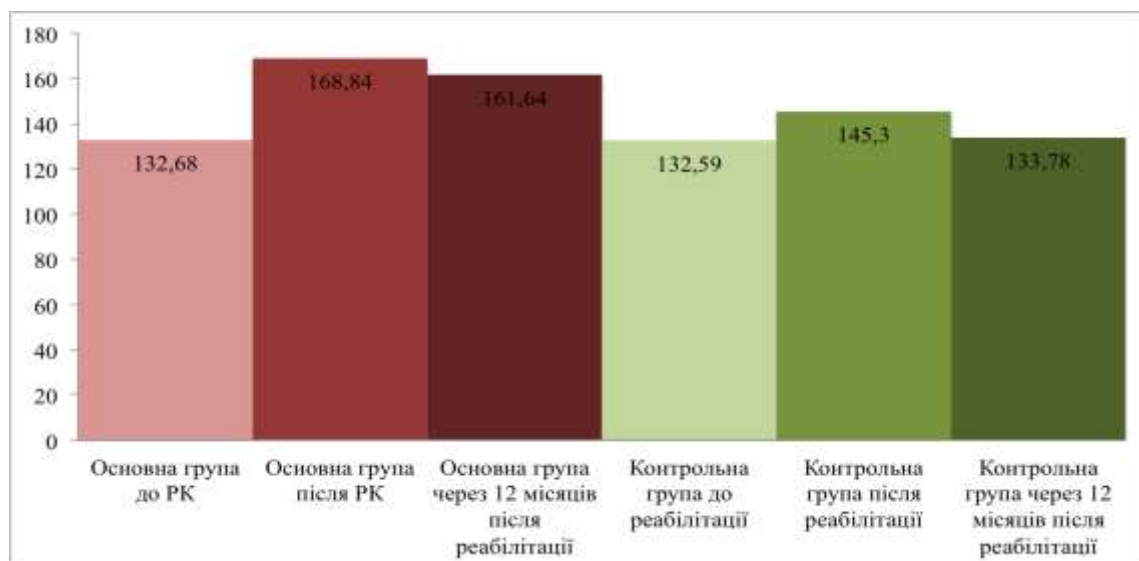


Рисунок 3 – Зміни загального рівня якості життя хворих в основній та контрольній групах за опитувальником ВОЗКЖ-СМ.



Позитивне зрушення якості життя в основній групі після реабілітації було найбільш статистично значуще ($p < 0,0001$, $p < 0,05$) у субсферах “Позитивні емоції” (I), “Здатність до виконання повсякденних справ” (IV), “Особисті відносини” (VI), “Практична соціальна підтримка” (VII), “Можливості для відпочинку та розваг та їх використання” (VIII), “Емоційна неадекватність” (IX). В той же час, в групі контролю позитивні зрушення також визначались, хоча і були суттєво нижчими за рядом показників, але разом з тим було відмічено і негативну тенденцію у та-

ких субсферах, як “Позитивні емоції” (I), “Особисті стосунки” (VI), “Можливості для відпочинку і розваг” (VIII). Через 12 місяців, в основній групі відмічено збереження позитивної тенденції, тоді як в контрольній групі спостерігалася негативна динаміка за субсферами “Позитивні емоції” (I), “Пізнавальні функції” (II), “Здатність виконувати щоденні справи” (IV), “Особисті стосунки” (VI), “Можливості для відпочинку та розваг та їх використання” (VIII), “Самоконтроль / відволікання від негативних переживань” (XII).

Висновки

Застосування запропонованого нами комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із сим-

птомами депресії сприяє зниженню симптомів депресії, підвищенню соціального функціонування та якості життя даного контингенту хворих.

References (список літератури)

1. Mishyjev VD. *Depresyivni rozlady: kryterii' diagnostyky, osnovni klinichni proyavy ta metody terapii'* [Depressive disorders: diagnostic criteria, the main clinical manifestations and therapies]. Kyiv: Kyi'vs'ka med. akademiya pisljadypl. osvity im. P.L. Shupyka Publ., 2002. 46 p.
2. Pishel' VJa, Kushnir AM, Polyv'jana MJu. [Methodological aspects of the development of differentiated rehabilitation programs for patients with schizophrenia who committed socially dangerous acts]. *Medycyns'kaja psykholohija*. 2015;10(2): 57–61.
3. Pshuk NG. [Predictors formation process of psychosocial rehabilitation of mentally ill]. *Ukr. visnyk psychonevrologii'*. 2010;18(3):145.
4. Dmitrieva TB, Polozhyj BS. *Rukovodstvo po social'noj psikiatrii'* [Guidance on Social Psychiatry]. 2nd. Moscow: OOO «Medicinskoe informacionnoe agenstvo» Publ., 2009. 544 p.
5. Tabachnikov SI. [On the improvement and further development of Social, Forensic Psychiatry and Narcology in Ukraine]. *Arhiv psyhiatrii'*. 2010;16(1):5–8.
6. Hirsch SR, Jolley AG, Barnes TR. [et al.]. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1989;2:259–264.
7. Levada OA, Trojan AS. [Cognitive impairment in patients with major depressive disorder: current approaches]. *NejroNews*. 2016;1:9–12.
8. Polshkova SG. [Autoaggression: psychosomatic mechanisms and relationships (clinical case)]. *Medicines of Ukraine*. 2012;7:49–51.
9. Haustova OO. [Psychosocial Rehabilitation: problems and solutions]. *Arhiv psyhiatrii'*. 2015;21(2):36–42.
10. Kopelowicz A, Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses. *Psychiatr. Serv.* 2003;54:1491–1498.
11. Pustovojt MM. [Stages psychodynamic-oriented psychotherapy in working with aging patients]. *Integrative anthropology*. 2009;2:84–91.
12. Felmet K, Zisook S, Kasckow J. Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2011;1:239–250.

(received 20.10.2016, published online 29.12.2016)

(одержано 20.10.2016, опубліковано 29.12.2016)

