

## Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії

В. В. Чугунов<sup>id A,F</sup>, В. О. Курило<sup>id E</sup>, В. Л. Підлубний<sup>id B,D</sup>, С. М. Канигіна<sup>id \*C</sup>

Запорізький державний медичний університет, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; В – збір даних; С – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Психосоціальна реабілітація осіб із психічними порушеннями – один із пріоритетних напрямів дослідження в сучасному психіатричному дискурсі. Ключовим у розв'язанні цієї проблеми є мультидисциплінарний підхід, у рамках якого стає можливим підбір конгруентних реабілітаційних і психоосвітніх методик із урахуванням клініко-психопатологічного наповнення досліджуваної нозологічної форми. У цьому контексті особливої уваги заслуговують психічні порушення ендогенно-процесуального спектра, що характеризуються найвищим рівнем соціальної та трудової дезадаптованості.

**Мета роботи** – дослідити ефективність розробленої моделі комплексної психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.

**Матеріали та методи.** На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 80 хворих на просту форму шизофренії на амбулаторному етапі лікування для наступного дослідження. Клінічна діагностика психічної патології здійснена відповідно до диференційно-діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду. Критерії залучення під час формування контингенту дослідження: наявність інформованої згоди на участь, відсутність тяжкої соматичної патології та відомостей про черепно-мозкові травми в анамнезі. Для аналізу ефективності розробленої моделі контингент дослідження поділили методом рандомізації на групу дослідження (ГД) – 40 хворих, які отримували комплексну терапію в рамках розробленої моделі психосоціальної реабілітації, та групу порівняння (ГП) – 40 хворих, які отримували лікування відповідно до чинних протоколів.

**Результати.** На засадах сформованих принципів психосоціальної реабілітації хворих на просту форму шизофренії згенерували комплексну модель психореабілітаційного супроводу цього контингенту хворих, що включала чотири етапи: психофармакологічний, сімейної інтервенції, когнітивно-поведінковий та ерготерапевтичний.

Під час аналізу ефективності моделі встановили статистично значущі розбіжності ( $p < 0,05$ ) між середніми показниками у групах дослідження за критеріями соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ( $4,18 \pm 0,25$  і  $3,33 \pm 0,27$  бала у ГД і ГП відповідно), та стосунків із близькими та інших соціальних відносин ( $4,35 \pm 0,24$  та  $3,60 \pm 0,25$  бала у ГД і ГП відповідно). За критеріями погляду за собою та поведінки, що порушує спокій оточення та є агресивною, не виявили вірогідну різницю у групах спостереження.

**Висновки.** Сформулювали принципи, розробили й довели ефективність комплексної моделі психосоціальної реабілітації хворих на просту форму шизофренії у сферах соціально корисної діяльності (навчання та робота) та соціальних відносин, що дало змогу поліпшити ефективність терапії.

### Ключові слова:

шизофренія, психіатрія, реабілітація, психотерапія, ерготерапія.

Запорізький медичний журнал.  
2021. Т. 23, № 1(124).  
С. 105-110

\*E-mail:  
[malakhova\\_sn@ukr.net](mailto:malakhova_sn@ukr.net)

## Model of complex rehabilitation for patients with a simple form of schizophrenia

V. V. Chuhunov, V. O. Kurylo, V. L. Pidlubnyi, S. M. Kanyhina

Psychosocial rehabilitation for patients with mental disorders is one of the priority areas of scientific research in modern psychiatric discourse. The key to solving this problem is a multidisciplinary approach, within which it becomes possible to select congruent rehabilitation and psychoeducational techniques, taking into account the clinical and psychopathological content of this nosological form. In this context endogenous procedural mental disorders deserve special attention, as they are characterized by the highest level of social and labor maladjustment.

**Aim.** To investigate the effectiveness of the developed model of complex psychosocial rehabilitation for patients with schizophrenia.

**Materials and methods.** On the basis of Municipal Non-Commercial Enterprise "Regional Clinical Institution for Provision of Psychiatric Care" of Zaporizhzhia Regional Council, 80 patients with a simple form of schizophrenia were selected at the outpatient stage of treatment for the purpose of further examination. Clinical diagnostics of the studied mental pathology was carried out in accordance with the differential diagnostic criteria of the International Classification of Diseases 10 revision (ICD-10). The inclusion criteria for the study contingent were: informed consent to participate in the study, the absence of severe somatic pathology and information about craniocerebral trauma. In order to analyze the effectiveness of the developed model, the study contingent was randomized into the study group (SG) – 40 patients who received complex therapy within the framework of the developed model of psychosocial rehabilitation, and the comparison group (CG) – 40 patients who received treatment in accordance with the current protocols.

**Results.** Based on the formed principles of psychosocial rehabilitation for patients with a simple form of schizophrenia, a comprehensive model of psycho-rehabilitation support for this patient contingent was generated including four stages: psychopharmacological, family intervention, cognitive-behavioural and ergotherapeutic. Analysing the effectiveness of the developed model, statistically significant differences ( $P < 0,05$ ) were established between the average indicators in the studied groups according to the criteria "socially useful activity, including work and study" ( $4,18 \pm 0,25$  and  $3,33 \pm 0,27$  points in SG and CG, respectively) and "relationships with family and other social relations" ( $4,35 \pm 0,24$  and  $3,60 \pm 0,25$  points in SG and CG, respectively) in the absence of statistically significant differences in the criteria for "self-care" and "bothering others and aggressive behaviour".

### Key words:

schizophrenia, psychiatry, rehabilitation, psychotherapy, occupational therapy.

Zaporozhye medical journal  
2021; 23 (1), 105-110

**Conclusions.** The effectiveness of the complex model of psychosocial rehabilitation for patients with a simple form of schizophrenia in the areas of socially useful activities (study and work) and social relations was developed and proved, which made it possible to increase the effectiveness of therapy for this contingent of patients.

### Ключевые слова:

шизофрения,  
психиатрия,  
реабилитация,  
психотерапия,  
эрготерапия.

Запорожский  
медицинский журнал.  
2021. Т. 23, № 1(124).  
С. 105-110

## Модель комплексной реабилитации больных простой формой шизофрении

В. В. Чугунов, В. А. Курило, В. Л. Подлубный, С. Н. Каныгина

Психосоциальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами – одно из приоритетных направлений научных исследований в современном психиатрическом дискурсе. Ключевым в решении этой проблемы является мультидисциплинарный подход, в рамках которого становится возможным подбор конгруэнтных реабилитационных и психообразовательных методик с учётом клинико-психопатологического наполнения исследуемой нозологической формы. В этом контексте особого внимания заслуживают психические нарушения эндогенно-процессуального спектра, характеризующиеся наивысшим уровнем социальной и трудовой дезадаптивности.

**Цель работы** – исследовать эффективность разработанной модели комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией.

**Материалы и методы.** На базе КНП «Областное клиническое учреждение по предоставлению психиатрической помощи» ЗОС обследовали 80 больных простой формой шизофрении на амбулаторном этапе лечения для дальнейшего исследования. Клиническая диагностика исследуемой психической патологии осуществлена в соответствии с дифференциально-диагностическими критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра. Критерии включения во время формирования контингента исследования: наличие информированного согласия на участие, отсутствие тяжёлой соматической патологии и сведений о черепно-мозговых травмах в анамнезе. Для анализа эффективности разработанной модели контингент исследования методом рандомизации разделен на группу исследования (ГИ) – 40 больных, получавших комплексную терапию в рамках разработанной модели психосоциальной реабилитации, и группу сравнения (ГС) – 40 больных, получавших лечение в соответствии с действующими протоколами.

**Результаты.** На основе сформированных принципов психосоциальной реабилитации больных простой формой шизофрении сгенерирована комплексная модель психореабилитационного сопровождения этого контингента больных, включающая четыре этапа: психофармакологический, семейной интервенции, когнитивно-поведенческий и эрготерапевтический. В ходе анализа эффективности модели установлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между средними показателями в группах сравнения по критериям социально полезной деятельности, включая работу и учёбу ( $4,18 \pm 0,25$  и  $3,33 \pm 0,27$  балла в ГИ и ГС соответственно), и отношений с близкими и других социальных отношений ( $4,35 \pm 0,24$  и  $3,60 \pm 0,25$  балла в ГИ и ГС соответственно). Не установлены статистически значимые различия по критериям ухода за собой и нарушения покоя окружающих и агрессивного поведения.

**Выводы.** Сформированы принципы, разработана и доказана эффективность комплексной модели психосоциальной реабилитации больных простой формой шизофрении в сферах социально полезной деятельности (обучение и работа) и социальных отношений, что позволило повысить эффективность терапии.

Поширеність психічних порушень серед населення визначає актуальність наукового пошуку нових, ефективніших методів їхньої діагностики та лікування. Особливої уваги дослідників заслуговують психічні патології ендогенно-процесуального регістру, зокрема шизофренія як одна з нозологій, що найбільш інвалідизують у психіатричній клініці. За даними ВООЗ, шизофренія посідає третє місце серед усіх захворювань, що спричиняють стійку втрату працездатності. Поширеність шизофренії серед населення України становить 0,2–0,8 %, і частка осіб працездатного віку досягає 60 % [4,6,8]. Одна з головних семіотичних ознак шизофренічного процесу – поступове (прогресивне) наростання порушень соціального функціонування в рамках специфічного дефекту особистості. Саме рівень соціальної дезадаптації є одним із факторів, що визначають перебіг захворювання та його прогноз [3,7].

З появою нових, ефективніших антипсихотичних препаратів, що дають змогу достатньо стабілізувати стан хворих, значно збільшились можливості застосування реабілітаційних заходів, які спрямовані на поліпшення стану соціальної дезадаптації, формування нових конструктивних соціально-побутових і трудових навичок [2,12,15]. Вітчизняні й іноземні дослідники підтверджують, що реабілітаційні психосоціальні інтервенції можуть бути ефективним доповненням до

чинних психофармакологічних методів терапії [1,9,14]. Так, використання фармакологічних засобів у межах стаціонарного (обриваючого) або амбулаторного (підтримувального) лікування не має специфічного впливу на порушення когнітивних процесів і соціальних навичок, а реабілітаційні заходи чинять свій вплив саме в цих площинах. У рамках реабілітації хворих на шизофренію для поліпшення їхнього соціального функціонування використовують широкий спектр психотерапевтичного інструментарію: когнітивну ремедіацію, психоeduкацію, когнітивно-поведінкову терапію тощо [5,7,10].

Незважаючи на велику кількість наукових досліджень у галузі терапії хворих на психічну патологію ендогенно-процесуального спектра, питання реабілітології, зокрема соціальної та трудової реадaptaції, в рамках психіатричної клініки залишаються не вивченими.

### Мета роботи

Дослідити ефективність розробленої моделі комплексної психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.

### Матеріали і методи дослідження

На базі КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР обстежили 80 хворих на просту

форму шизофренії, які перебували на амбулаторному етапі лікування. Клінічна діагностика психічної патології здійснена відповідно до диференційно-діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Середній вік обстежених –  $36,30 \pm 1,34$  року, середня тривалість захворювання –  $13,40 \pm 0,88$  року. Вибірка мала такий гендерний розподіл: 61 чоловік і 19 жінок. Кількість госпіталізацій обстежених у психіатричний стаціонар – від 2 до 20 епізодів, середня кількість госпіталізацій –  $9,40 \pm 1,16$  разів. Критерії залучення під час формування контингенту дослідження: наявність інформованої згоди на участь, відсутність тяжкої соматичної патології та відомостей про черепно-мозкові травми в анамнезі.

Для аналізу ефективності розробленої моделі контингент дослідження методом рандомізації поділили на групу дослідження (ГД) – 40 хворих, які отримували комплексну терапію в рамках розробленої моделі психосоціальної реабілітації, та групу порівняння (ГП) – 40 хворих, які отримували лікування відповідно до чинних протоколів.

Протягом дослідження використали клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, медико-статистичний методи. Клініко-анамнестичний метод реалізований шляхом аналізу історії хвороби та життя хворих. Клініко-психопатологічний метод застосували для верифікації нозологічної належності психопатологічних порушень згідно з МКХ-10. Психодіагностичний метод використали для компаративного аналізу рівнів порушення соціального функціонування хворих із груп дослідження, реалізований шляхом використання Шкали особистісного та соціального функціонування (PSP, Personal and Social Performance Scale, P. L. Morosini et al., 2000). Статистичний аналіз результатів виконаний методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP і SPSS 10.0.5 for Windows. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл і рівні дисперсії, розраховували за t-критерієм Стьюдента з поправкою Бонферроні для множинного порівняння незалежних груп.

Усі хворі надали свою інформовану згоду на участь у дослідженні.

## Результати

Виходячи з результатів досліджень структурно-динамічних характеристик клініко-психопатологічного наповнення шизофренічного процесу, визначили ключові принципи психореабілітації цих хворих: адекватний вибір підтримувальної фармакологічної терапії на амбулаторному етапі лікування, широке використання внутрішньосімейних психотерапевтичних інтервенцій, формування навичок соціальної комунікації, професійна (трудова) реабілітація.

На засадах цих принципів сформована комплексна модель психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. Модель включає чотири етапи, перший із них – психофармакологічний – спрямований на стабілізацію психічного стану хворих, нівелювання позитивної психотичної симптоматики (у випадку атипового клінічного варіанту перебігу захворювання) та передбачає

вибір конгруентної фармакологічної терапії з наступним контролем її застосування. Стабілізація психічного стану хворих на тлі систематичного застосування психофармакологічного лікування – критерій для завершення першого етапу та переходу на наступний.

Другий етап – сімейної інтервенції – передбачає застосування психоосвітніх практик, що спрямовані на формування у близьких і членів родини хворого уявлення щодо клінічних проявів та особливостей перебігу шизофренічного процесу, корекцію їхніх очікувань щодо прогнозу захворювання та ефективності лікування в кожному випадку. Особливу увагу на цьому етапі приділяють поясненню важливості регулярного приймання психофармакологічного лікування та участі у психотерапевтичних заходах, формуванні «комплаєнтного» ставлення близьких до терапії.

На етапі сімейної інтервенції умовно розрізняють 3 варіанти поведінкових патернів, що демонструють члени родини та/або близьке оточення хворих на шизофренію: негативний – найнесприятливіший, полягає у раціоналізації хворобливих симптомів, запереченні факту захворювання, вкрай негативному ставленні до будь-яких діагностичних і терапевтичних інтервенцій, нейтральний – також несприятливий, передбачає формальне прийняття факту захворювання у близької людини та байдуже ставлення; позитивний – найбільш сприятливий, оскільки члени родини об'єктивно сприймають свого хворого родича, намагаються йому допомогти, не залишають наодинці з хворобою, контролюють режим приймання підтримувальної терапії, постійно стимулюють до діяльності. Саме формування позитивного («комплаєнтного») поведінкового патерну в родині хворих на шизофренію є кінцевою метою етапу сімейної інтервенції в рамках розробленої моделі.

Третій етап – когнітивно-поведінковий – зосереджений безпосередньо на хворому та передбачає конгруентний підбір психотехніки в рамках когнітивної моделі для формування навичок соціального функціонування шляхом компенсації втрачених когнітивних формацій внаслідок стимуляції збережених. Незалежно від того, яку саме техніку з широкого спектра когнітивно-поведінкових методів буде обрано, її використання в рамках моделі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію потребує певної модифікації. Так, зважаючи на вираженість негативної симптоматики, тривалість терапевтичних сеансів не повинна перевищувати 30–40 хвилин, особливо під час початкових психотерапевтичних інтервенцій. Темп прогресування також має бути повільним. Необхідно робити паузи під час терапевтичної роботи для збереження зацікавленості хворого. Завдання, які хворий виконує заочно, без нагляду лікаря, мають бути простими та невеликими за обсягом, а для супервізії за виконанням цих завдань необхідно залучати близьких або родичів хворих.

Четвертий етап – ерготерапевтичний – передбачає здійснення низки персоналізованих реадaptaційних заходів, спрямованих на відновлення трудової діяльності хворих. Спочатку залежно від вираженості негативної психопатологічної симптоматики, ефективності попередніх етапів реабілітації та початкового рівня знань та умінь хворого визначають кінцевий (цільовий) рівень

**Таблиця 1.** Середні показники соціального функціонування серед хворих ГД і ГП (за PSP)

Критерій / Група	ГД (40 хворих)	ГП (40 хворих)	P
a соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання	3,33 ± 0,27	4,18 ± 0,25	0,02
b стосунки з близькими та інші соціальні відносини	3,60 ± 0,25	4,35 ± 0,24	0,03
c догляд за собою (спроможність до самообслуговування)	1,40 ± 0,15	1,73 ± 0,20	0,19
d поведінка, що порушує спокій та є агресивною	1,17 ± 0,12	1,22 ± 0,13	0,78
Кінцевий бал	52,20 ± 0,56	49,8 ± 0,45	<0,01

відновлення трудової діяльності: повернення до попередньої роботи зі збереженням кваліфікаційного рівня або його зниження та пошук менш кваліфікованої роботи. Коли стан хворого передбачає необхідність зниження виробничого кваліфікаційного рівня, необхідно дібрати адекватні форми трудової діяльності. Тільки після цього можливе застосування психоосвітніх заходів у рамках моделювання виробничих умов на амбулаторному етапі лікування (під наглядом лікаря або членів родини).

Ефективність моделі проаналізували шляхом порівняння показників соціального функціонування у сформованих групах (ГД і ГП) за чотирма критеріями шкали особистісного та соціального функціонування (PSP): критерій a – соціально корисна діяльність, включаючи роботу і навчання; критерій b – стосунки з близькими та інші соціальні відносини; критерій c – догляд за собою (спроможність до самообслуговування); критерій d – поведінка, що порушує спокій і є агресивною.

Рівень порушення функціонування оцінювали за ступенем вираженості за основними критеріями в діапазоні від 1 (немає порушень соціального функціонування) до 6 балів (дуже виражені порушення соціального функціонування, що загрожують життю хворого або його оточенню). Кінцевий бал генерували на основі оцінок за названими критеріями в межах від 0 до 100 балів. Результати дослідження показників соціального функціонування за критеріями, які оцінювали, наведені в таблиці 1.

Кінцевий показник за обраною шкалою у хворих ГД становив 52,2 ± 0,56 бала, що свідчило про наявність у них істотних порушень (4 бали) у середньому за одним із критеріїв a–c та/або про помірний рівень порушень (3 бали) за критерієм d. Встановлено, що аналогічний показник у хворих ГП статистично вірогідно менший порівняно з показником ГД ( $p < 0,01$ ), становлячи 49,80 ± 0,45 бала. Це свідчило про наявність значних порушень (4 бали) в середньому за двома або більше критеріями a–c, або сильних порушень за одним із критеріїв a–c, що (необов'язково) могли супроводжуватися помірними порушеннями (3 бали) за критерієм d.

Встановили також статистично значущі розбіжності ( $p < 0,05$ ) між середніми показниками у групах дослідження за критеріями соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання (4,18 ± 0,25 та 3,33 ± 0,27 бала у ГД і ГП відповідно), та стосунків із близькими та інших соціальних відносин (4,35 ± 0,24 та 3,60 ± 0,25 бала у ГД і ГП відповідно). Саме за цими критеріями встановлені найбільш значущі порушення соціального функціонування в обох групах дослідження

на відміну від критеріїв догляду за собою (спроможність до самообслуговування) та поведінки, що порушує спокій і є агресивною, де рівень дисфункції в абсолютній більшості досліджень не досягав рівня значущої вираженості в обох групах і не мав статистично вірогідних розбіжностей.

## Обговорення

Результати, які отримали в дослідженні, відповідають даним вітчизняних та іноземних авторів і свідчать про чималий вплив соціальної дезадаптації в рамках специфічного шизофренічного дефекту особистості на перебіг захворювання та його соціально-трудова прогнози [1, 11, 13]. Характер соціальної дезадаптації хворих на шизофренію незалежно від форми процесу – нерівномірний за структурою: найбільше уражаються сфери соціально корисної діяльності та міжособистісних відносин, а найменше – самообслуговування та суспільно неприйнятних дій [8, 9]. Використання психоосвітніх заходів у межах комплексної моделі психосоціальної та трудової реабілітації хворих на шизофренію дає змогу підвищити загальну ефективність терапії цього контингенту, поліпшити рівень соціальної адаптації та якість життя хворих [3, 16].

## Висновки

1. Сформулювали принципи та розробили комплексну модель психосоціальної реабілітації хворих на просту форму шизофренії. Це дало змогу поліпшити ефективність терапії цих хворих.

2. Визначили структуру порушень соціального функціонування у хворих на просту форму шизофренії. Так, виявили істотні порушення у сферах соціально корисної діяльності (навчання та робота) та соціальних відносин (стосунки з близьким оточенням та рідними) за відсутності суттєвих порушень у сфері самообслуговування та поведінкових порушень з ауто- та гетероагресивними тенденціями.

3. Доведено ефективність моделі щодо компенсації сфер соціального функціонування хворих, які уражаються найбільше. Це підтверджено статистично вірогідними ( $p < 0,05$ ) результатами дослідження.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективним є катamnестичне дослідження контингенту хворих через певний час після завершення реабілітаційних заходів. Відомості щодо частоти госпіталізацій цих хворих у психіатричний стаціонар (опосередкований показник сприятливості перебігу захворювання), успішності їхнього працевлаштування та збереженого рівня соціального функціонування можуть бути основою для розвитку та модифікації моделі, яку розробили.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 12.05.2020

Після доопрацювання / Revised: 05.06.2020

Прийнято до друку / Accepted: 17.06.2020

**Відомості про авторів:**

Чугунов В. В., д-р мед. наук, професор, зав. каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0002-1141-8184](https://orcid.org/0000-0002-1141-8184)

Курило В. О., д-р мед. наук, доцент, професор каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0001-8456-5276](https://orcid.org/0000-0001-8456-5276)

Підлубний В. Л., д-р мед. наук, доцент, професор каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0001-9371-9855](https://orcid.org/0000-0001-9371-9855)

Канигіна С. М., канд. мед. наук, доцент каф. фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0002-8197-299X](https://orcid.org/0000-0002-8197-299X)

**Information about authors:**

Chuhunov V. V., MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Kurylo V. O., MD, PhD, DSc, Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Pidlubnyi V. L., MD, PhD, DSc, Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Kanyhina S. M., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Physical Rehabilitation, Sports Medicine, Physical Training and Health, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

**Сведения об авторах:**

Чугунов В. В., д-р мед. наук, профессор, зав. каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Курило В. А., д-р мед. наук, доцент, профессор каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Подлубный В. Л., д-р мед. наук, доцент, профессор каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Каныгина С. Н., канд. мед. наук, доцент каф. физической реабилитации, спортивной медицины, физического воспитания и здоровья, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

**Список літератури**

- [1] Аймадов К. В., Стаханов К. О. Проблеми сімейного функціонування хворих на шизофренію. *Вісник морської медицини*. 2016. № 4. С. 41-47.
- [2] Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24. Вип. 4. С. 47-53.
- [3] Кришталь В. Е., Кришталь А. А., Сухоиванова Е. И. Комплексная система реабилитации больных шизофренией. *Таврический журнал психиатрии*. 2014. Т. 18. № 1. С. 32-35.
- [4] Кушнір А. М. Особливості соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на шизофренію як маркери-мішені їх реабілітації. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 3. С. 83-88.
- [5] Кушнір А. М. Сучасні підходи до медико-соціальної реабілітації суспільно небезпечних хворих на шизофренію. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 2. С. 57-61.

- [6] Мішєв В. Д., Гриневич С. Г., Кушнір А. М. Особистісні особливості хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь як маркери їх психосоціальної реабілітації. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2015. Вип. 24. Кн. 3. С. 164-169.
- [7] Чугунов В. В., Мосейко О. В. Клініко-психопатологічна структура атипичних варіантів перебігу простої форми шизофренії. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 2. С. 85-87.
- [8] 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. С. 139-146.
- [9] Supportive therapy for schizophrenia / L. A. Buckley, N. Maayan, K. Soares-Weiser, C. E. Adams. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Vol. 2015. Issue 4. P. CD004716. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004716.pub4>
- [10] Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment / Ł. Cichocki et al. *Psychiatria polska*. 2019. Vol. 53. Issue 1. P. 81-92. <https://doi.org/10.12740/PP/91915>
- [11] A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients / J. Firth et al. *Psychological Medicine*. 2015. Vol. 45. Issue 7. P. 1343-1361. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- [12] The Validity and Value of Self-reported Physical Activity and Accelerometry in People With Schizophrenia: A Population-Scale Study of the UK Biobank / J. Firth et al. *Schizophrenia Bulletin*. 2018. Vol. 44. Issue 6. P. 1293-1300. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx149>
- [13] Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia / C. Jones et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Vol. 2018. Issue 11. P. CD008712. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
- [14] Gender differences in social functioning in people with schizophrenia in psychosocial rehabilitation services using one-dimensional and multidimensional instruments / G. Prat et al. *Comprehensive Psychiatry*. 2018. Vol. 87. P. 120-122. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.10.004>
- [15] Spaulding W. D., Sullivan M. E. Treatment of Cognition in the Schizophrenia Spectrum: The Context of Psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*. 2016. Vol. 42. Suppl. 1. P. S53-S61. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv163>
- [16] Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*. 2018. Vol. 31. Issue 3. P. 246-255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407>

**References**

- [1] Aymedov, K., & Stakhanov, K. (2016). Problemy simeinoho funktsionuvannia khvorykh na shyzofreniiu [Family functioning of schizophrenia patients]. *Visnyk morskoi medytsyny*, (4), 41-47. [in Ukrainian].
- [2] Buzdyhan, O. G. (2016). Dyferentsiovani pidkhody do psykhosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzofreniiu z urakhuvanniam kliniko-funktsionalnykh hendernykh osoblyvostei [Differentiated approaches to psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in view of clinical and functional gender peculiarities]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 24(4), 47-53. [in Ukrainian].
- [3] Crystal, V. E., Crystal, A. A., & Sukhoivanova, O. I. (2014). Kompleksnaya sistema reabilitatsii bol'nykh shyzofreniei [Complex system of rehabilitation of patients with schizophrenia]. *Tavrisheskii zhurnal psikiatrii*, 18(1), 32-35. [in Russian].
- [4] Kushnir, A. N. (2015). Osoblyvosti sotsialnoho funktsionuvannia suspilno nebezpechnykh khvorykh na shyzofreniiu yak markery-misheni yikh reabilitatsii [The features of social functioning under schizophrenic patients corresponds the special public danger]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 23(3), 83-88. [in Ukrainian].
- [5] Kushnir, A. M. (2017). Suchasni pidkhody do medyko-sotsialnoi reabilitatsii suspilno nebezpechnykh khvorykh na shyzofreniiu [Modern approach to medical and social rehabilitation in socially dangerous schizophrenic patients]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(2), 57-61. [in Ukrainian].
- [6] Mishiev, V. D., Grynevych, Ye. G., & Kushnir, A. M. (2015). Osobystisni osoblyvosti khvorykh na shyzofreniiu z ryznymy mekhanizmay realizatsii suspilno nebezpechnykh diian yak markery yikh psykhosotsialnoi reabilitatsii [Personal Characteristic of Schizophrenic Patients Committed Especially Dangerous Acts in Different Psychopathological Mechanisms as Markers of Their Psychosocial Rehabilitation]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobitynykiv NMAPO im. P. L. Shupyka*, 24(3), 164-169. [in Ukrainian].
- [7] Chuhunov, V. V., & Moseyko, O. V. (2017). Kliniko-psykhopatolohichna struktura atypovykh variantiv perebihu prostoi formy shyzofrenii [Clinical-psychopathological structure of atypical forms of the simple-type

- schizophrenia]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 25(2), 85-87. [in Ukrainian].
- [8] Yurieva, N. M. (2014). Henderospetsyfichna dezadaptatsiia sotsialnoho funkcionuvannia u zhinok, khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu: analiz fenomenu ta osoblyvosti terapii i psykosotsialnoi reabilitatsii [Gender due to specific exclusion of social functioning in women afflicted with paranoid schizophrenia: analysis of the phenomenon and features therapy and psychosocial rehabilitation]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*, 22(2), 139-146. [in Ukrainian].
- [9] Buckley, L. A., Maayan, N., Soares-Weiser, K., & Adams, C. E. (2015). Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), Article CD004716. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004716.pub4>
- [10] Cichocki, Ł., Arciszewska, A., Błażdziński, P., Hat, M., Kalisz, A., & Cechnicki, A. (2019). Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment. *Psychiatria polska*, 53(1), 81-92. <https://doi.org/10.12740/PP/91915>
- [11] Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), 1343-1361. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- [12] Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Firth, J. A., Sarris, J., & Yung, A. R. (2018). The Validity and Value of Self-reported Physical Activity and Accelerometry in People With Schizophrenia: A Population-Scale Study of the UK Biobank. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1293-1300. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx149>
- [13] Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(11), Article CD008712. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
- [14] Prat, G., Escandell, M. J., Garcia-Franco, M., Martín-Martínez, J. R., Tortades, I., Vilamala, S., Calderón, M., Torras, R., Ochoa, S., & Casas-Anguera, E. (2018). Gender differences in social functioning in people with schizophrenia in psychosocial rehabilitation services using one-dimensional and multidimensional instruments. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 120-122. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.004>
- [15] Spaulding, W. D., & Sullivan, M. E. (2016). Treatment of Cognition in the Schizophrenia Spectrum: The Context of Psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 42(Suppl. 1), S53-S61. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv163>
- [16] Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407>