

Є. В. Опря, М. М. Пустовойт, Е. В. Мельник

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Е. В. Опря, М. М. Пустовойт, Э. В. Мельник

Психологические особенности психических больных с коморбидной соматической патологией

Ye. V. Oprya, M. M. Pustovoyt, E. V. Melnyk

Psychological peculiarities of mental patient with the comorbid somatic pathology

В роботі наведено результати комплексного психодіагностичного дослідження психологічних особливостей психічних хворих на шизофренію з соматичними розладами. За результатами дослідження виокремлено особливості репрезентації психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію з соматичними розладами. Доведено, що важливу роль в патогенезі формування психіатричної коморбидності при шизофренії відіграють категорії самооцінки, усвідомлення, сприйняття та ставлення до психічної та соматичної хвороби. Виявлено, що хворі на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) при низьких оцінках всіх параметрів здоров'я оцінювали себе більш хворими психічно, ніж фізично, а хворі на шизофренію з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2) та з ожирінням при низьких оцінках всіх параметрів здоров'я оцінювали себе більш хворими фізично, ніж психічно. Крім того, хворі на ССЗ та ожиріння більш усвідомлювали необхідність лікування психічного захворювання, тоді як хворі на ЦД 2 більш усвідомлювали, що їх оточення визнає за потрібне лікування психічного розладу. Також встановлено, що хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями мають набагато вищі показники рівня загрози психічного розладу, ніж хворі без соматичної обтяженості. Результати вивчення ставлення до соматичної хвороби показали, що хворі на шизофренію характеризувались переважанням дезадаптивних форм ставлення до хвороби: тривожного, іпохондричного та меланхолічного (при шизофренії з ССЗ), анозогнозичного та дисфоричного (при шизофренії з ЦД 2 та з ожирінням), а також апатичного (при шизофренії з ожирінням).

Отримані результати доцільно використовувати як конкретні мішені психоосвітньої та психотерапевтичної роботи та брати до уваги під час розроблення комплексних програм терапії хворих на шизофренію із коморбідними соматичними розладами.

Ключові слова: коморбідність, шизофренія, соматичні розлади, психологічні особливості, психотерапія

В работе приведены результаты комплексного психодиагностического исследования психологических особенностей психических больных шизофренией с соматическими расстройствами. По результатам исследования выделены особенности репрезентации психической и соматической болезни в сознании больных шизофренией с соматическими расстройствами. Доказано, что важную роль в патогенезе формирования психиатрической коморбидности при шизофрении играют категории самооценки, осознания, восприятия и отношения к психической и соматической болезни. Выявлено, что больные шизофренией с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) при низких оценках всех параметров здоровья оценивали себя более больными психически, чем физически, а больные шизофренией с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и с ожирением при низких оценках всех параметров здоровья оценивали себя более больными физически, чем психически. Кроме того, больные с ССЗ и ожирением более осознавали необходимость лечения психического заболевания, в то время как больные с СД 2 более осознавали, что их окружение сочтет необходимым лечение психического расстройства. Также установлено, что больные шизофренией с соматическими заболеваниями имеют значительно более высокие показатели уровня угрозы психического расстройства, чем больные без соматической отягощенности. Результаты изучения отношения к соматической болезни показали, что больные шизофренией характеризовались преобладанием дезадаптивных форм отношения к болезни: тревожного, ипохондрического и меланхолического (при шизофрении с ССЗ), анозогнозического и дисфорического (при шизофрении с СД 2 и с ожирением), а также апатического (при шизофрении с ожирением).

Полученные результаты целесообразно использовать в качестве конкретных мишеней психообразовательной и психотерапевтической работы и учитывать при разработке комплексных программ терапии больных шизофренией с коморбидными соматическими расстройствами.

Ключевые слова: коморбидность, шизофрения, соматические расстройства, психологические особенности, психотерапия

The paper presents the results of a comprehensive psychodiagnostic study of the psychological characteristics of psychotic patients with schizophrenia with somatic disorders. Based on the results of the study, the features of the representation of mental and somatic illness in the minds of schizophrenic patients with somatic disorders were identified. It has been proven that an important role in the pathogenesis of the formation of psychiatric comorbidity in schizophrenia is played by the categories of self-esteem, awareness, perception and attitude to mental and somatic illness. It was revealed that patients with schizophrenia with cardiovascular disease (CVD), with low assessments of all health parameters, assessed themselves as mentally sicker than physically, and patients with schizophrenia with diabetes mellitus type 2 (DM 2) and obesity, with low assessments of all health parameters, assessed themselves as physically sicker than mentally. In addition, patients with CVD and obesity were more aware of the need for treatment of mental illness, while patients with DM 2 were more aware that their environment would consider it necessary to treat a mental disorder. It was also found that patients with schizophrenia with somatic diseases have significantly higher indicators of the level of threat of mental disorder than patients without somatic burden. The results of the study of attitudes towards somatic illness revealed that patients with schizophrenia were characterized by a predominance of maladaptive forms of attitudes toward the disease: anxious, hypochondriac and melancholic (in schizophrenia with CVD), anosognosic and dysphoric (in schizophrenia with diabetes mellitus and obesity), as well as apathetic (in schizophrenia with obesity).

It is advisable to use the obtained results as specific targets of psycho-education and psychotherapeutic work and to take into account when developing complex programs for the treatment of schizophrenic patients with comorbid somatic disorders.

Key words: comorbidity, schizophrenia, somatic disorders, psychological characteristics, psychotherapy

Останнім часом в медичному суспільстві помітно збільшився інтерес до питань множинної, поєднаної патології, що надзвичайно часто спостерігається в медицині, зокрема і в психіатрії. Цей дуже поширений феномен становить вагомий «тягар» і для пацієнта, і для всієї системи медичної допомоги в клінічному, організаційному та економічному аспектах [1]. Зокрема, згідно з наявними в літературі даними, система охорони здоров'я зазнає колосальних витрат (понад 50 % витрат, за даними в США) на пацієнтів із множинною хронічною патологією, серед яких найбільш затратними галузями є психіатрія, ортопедія/ревматологія, ендокринологія і кардіологія, на які припадають дві третини витрат [2].

Поширеність множинної патології, за даними деяких авторів, в середньому становить 35—80 % [3]. Показники поширеності залежать від багатьох складників, основні з яких пов'язані з визначенням множинної патології та кількістю включених в це поняття захворювань, з особливостями досліджуваної популяції, її соціодемографічними характеристиками та методами оцінки і збору даних. За даними численних досліджень, поширеність множинної патології збільшується з віком, незалежно від методів оцінки цього феномена. Зокрема, у віці 18—44 роки її поширеність становить 69,3 %, в 45—64 роки — 92,8 %, в 65 років і старше — 98,7 % [4]. Також слід відзначити, що істотний внесок в поширеність множинної патології вносить соціально-економічний статус пацієнтів і рівень їх освіти: ці розлади спостерігаються частіше в осіб з низьким рівнем доходу, освіти і соціального статусу.

Крім цього, варто відзначити і важливий момент організаційних труднощів надання допомоги пацієнтам з поєднаною патологією, коли в умовах вузької спеціалізації медицини лікування поєднаних захворювань є зоною відповідальності різних фахівців [4, 5]. Вже на етапі первинної допомоги немає цілісного погляду та врахування всієї сукупності поєднаної патології, а фокус уваги лікар зазвичай спрямовує на конкретну патологію, що призводить до «мультиморбідної анозогнозії» — недооцінки, недовиявлення та недолікування множинної патології.

Поєднану патологію, співіснування декількох захворювань одночасно в медичній термінології найчастіше визначають термінами «коморбідність» і «мультиморбідність», які відображають два незалежні методологічні підходи до вивчення цього явища: акцент на вивчення конкретного захворювання і супутніх йому станів або вивчення поєднаної патології як такої без урахування ієрархії її складників [3, 5].

Термін «коморбідність» був вперше запропонований 1970 року А. Feinstein, який вкладав у цей термін уявлення про наявність додаткової клінічної картини, яка вже є або може з'явитися самостійно, крім наявного захворювання, і відрізняється від нього. Він мав на увазі поєднання досліджуваного захворювання з «будь-якою окремою клінічною сутністю» і навіть необов'язково із захворюванням,

а наприклад, з вагітністю або особливою дієтою, що може вимагати різних терапевтичних підходів. Відповідно до сучасних уявлень, під коморбідністю розуміють наявність у пацієнта не менше двох розладів, кожний з яких можна вважати самостійним і діагностувати незалежно від іншого. В літературі також триває дискусія щодо етіології коморбідних станів, ключовим питанням якої є єдність або можлива множинність причин цієї патології. Зокрема, один з підходів визначає коморбідність як «одночасну наявність незалежних розладів» (H. Van Praag), інший — як тенденцію до одночасної появи захворювань, при якій наявність одного з них збільшує шанси для розвитку будь-якого іншого захворювання, що свідчить про можливий патогенетичний зв'язок між ними (J. Boyd і J. Burke, V. Bonavita і R. De Simone).

Термін «мультиморбідність» з'явився порівняно недавно (2009 року) для позначення одночасного виникнення низки хронічних або гострих захворювань/станів у одного пацієнта. Водночас були введені поняття мультиморбідності і комплексної мультиморбідності: мультиморбідність — як одночасна наявність двох і більше хронічних станів у одного індивідуума без визначення основного захворювання; а комплексна мультиморбідність — як одночасна наявність в однієї людини трьох і більше хронічних захворювань, що впливають на різні системи організму, без визначення основного захворювання.

Неоднозначність у визначенні цих понять привела до розробки низки концепцій коморбідності та виокремлення таких її варіантів: проста (поєднання хвороб незалежно від того, є чи немає патогенетичного зв'язку); асоціативна (статистична асоціація з відомою або невідомою причиною); причинна (йдеться про причинний зв'язок між супутніми захворюваннями). Цікавою є спроба впорядкувати уявлення про коморбідність з епідеміологічних позицій, в зв'язку з чим виокремлюють такі види коморбідності: відхильна — відображає вплив якогось загального неклінічного чинника (наприклад, відносно висока частота поєднання різних захворювань у людей, які активно шукають медичної допомоги, особливо в пізньому віці); незалежна — поєднання двох незалежних розладів, епідеміологічно представлених, як очікується, з близькою частотною ймовірністю; сутнісна або асоційована, кластерна — у випадках, коли частота поєднання різних клінічних форм перевищує очікувану через те, що один з розладів стає фактором ризику для іншого.

Але, попри це, незважаючи на теоретичну неоднозначність, саме категорія коморбідності стала окремим дослідницьким напрямом в різних галузях медицини та оформилась в систему знань про можливі закономірності поєднання захворювань, частоти, ступеня навантаженості та лікувальних тактик в конкретних клінічних ситуаціях.

Слід також відзначити, що коморбідність в психіатричній практиці є неоднорідною категорією, до її різновидів належать загальномедична (поєднання психічного розладу з соматичним або неврологічним

захворюванням), психіатрична (поєднання двох і більше психічних розладів) і змішана (психічний розлад поєднується і з психічною, і з соматичною патологією) [6, 7].

Найчастішою для психічних розладів є загальнономедична коморбідність (50 % пацієнтів), психіатрична коморбідність реєструється в 42 % випадків, змішана — в 8 % випадків [8]. Загальнономедична коморбідність, внаслідок великої поширеності, складнощів в діагностиці і терапії та негативних медико-соціальних наслідків, набуває все більшої актуальності і стає одним із пріоритетних напрямів як в загальній лікарській практиці, так і в психіатрії, що відображено в низці стратегічних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я, зокрема в Європейському плані Дій в галузі психічного здоров'я, 2013—2020 рр. та плані Дій ВООЗ щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні, 2016—2025 рр. [9, 10].

Слід відзначити, що пацієнти з психічними розладами становлять групу з надмірно зниженими показниками соматичного здоров'я. Визнається наявність міцного взаємозв'язку між психічним та соматичним захворюваннями, що можуть бути як передумовою, так і наслідками одне одного [11]. Соматичні захворювання набагато збільшують дисфункціональні зміни гомеостазу, що істотно впливає на динаміку перебігу психічної патології, водночас з цим психічна патологія, в свою чергу, впливає на спосіб життя, емоційний стан, сприйняття і ставлення до свого здоров'я і відповідно — на динаміку і перебіг соматичної хвороби. Крім того, надання соматичної допомоги пацієнтам з психічними розладами вельми ускладнено, у зв'язку з несвоєчасним зверненням і виявленням відповідної патології, порушенням контакту, стигматизацією та дискримінацією хворих [5]. Усі ці чинники призводять до того, що психіатрична допомога надається окремо від медичної допомоги, що ускладнює доступ пацієнтам з психічними розладами до первинної медичної допомоги [6].

В структурі соматичної патології у пацієнтів з психічними розладами з різною частотою представлені: захворювання нервової системи — 30,2 % (зокрема: хронічні порушення мозкового кровообігу — 74,5 %, цереброваскулярна хвороба — 5,9 %, енцефалопатії — 19,6 %); серцево-судинні захворювання — 28,2 % (серед них: гіпертонічна хвороба — 51,0 %, ішемічна хвороба серця — 37,2 %, пороки серця та аритмії — 4,0 %, тромбоемболії і ревматична хвороба серця — 7,8 %), цукровий діабет та онкологічні захворювання — по 6,6 %, захворювання дихальної системи — 9,9 %, шлунково-кишкового тракту — в 4,4 % [8]. У доповіді ВООЗ «Розв'язання проблем коморбідності між психічними розладами та основними неінфекційними захворюваннями» основну увагу надано взаємозв'язкам між психічними розладами та чотирма «головними», найбільш розповсюдженими групами неінфекційних захворювань: серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, раком і хронічними респіраторними

захворюваннями. Водночас з цим зазначається, що поєднання соматичної і психічної патології істотно погіршує прогноз як психічного, так і соматичного захворювання, призводить до зниження тривалості і продуктивності життя.

І хоча на сьогодні робляться активні кроки зі збільшення заходів громадської охорони здоров'я щодо лікування коморбідних соматичних та психічних розладів, набагато менше уваги надається вивченню їх співвідношення, взаємодії та взаємовпливу. Збільшення ж уваги до проблем коморбідності та проведення комплексних експериментальних наукових досліджень в цьому напрямку може зменшити їх негативні наслідки, зокрема рівень передчасної смертності та посилення інвалідизації хворого, що зумовлює актуальність та доцільність розробок в цьому напрямку.

Високі показники соматичної обтяженості та смертності при шизофренії також пов'язують з особливостями психопатологічного процесу, що часто зумовлює аномальне ставлення до хвороби, пов'язане зі зниженням критичності, викривленням тілесної перцепції, а також специфікою порушень сприйняття та свідомості [6]. У разі поєднання шизофренії з хронічним соматичним захворюванням також актуальним постає питання усвідомлення та сприйняття не тільки психічної, але і соматичної хвороби, яке також часто виявляється патологічним. А проте наявні дослідження особливостей усвідомлення та сприйняття хвороби хворими на шизофренію стосуються одного із означених аспектів, або усвідомлення (інсайту) психічної хвороби, або ставлення до соматичного захворювання. Зазначається, що порушення усвідомлення хвороби є одним з патогномонічних критеріїв під час діагностики шизофренії та наводяться дані, що від 30 до 97 % хворих на шизофренію не усвідомлюють наявності у себе психічної хвороби, що істотно ускладнює лікування та негативно впливає на його ефективність [12]. Дослідження, присвячені вивченню особливостей суб'єктивного сприйняття соматичної і психічної патології при їх поєднанні, тобто особливостям внутрішньої картини коморбідної хвороби — поодинокі. Дані щодо специфіки внутрішньої картини коморбідних станів мають вагомое значення для побудови лікувально-терапевтичних стратегій та потребують більш фундаментального вивчення питання усвідомлення та сприйняття соматичної та психічної хвороби за умови їх поєднання: їх особливостей, співвідношення та співіснування в свідомості хворого. Відомо, що саме усвідомлення та сприйняття хвороби обумовлює поведінку хворого, його прихильність до терапії та відповідно ефективність лікування, тому дослідження цього питання дадуть змогу вжити заходів щодо підвищення ефективності терапії поєднаних станів [11].

Відповідно до мети та завдань дослідження, було сформовано три основні та одну контрольну групи дослідження. Основні групи охоплювали 136 хворих

на шизофренію, що поєднувалась з соматичними захворюваннями.

Першу основну групу дослідження становили 50 хворих на шизофренію з хронічними ССЗ, що на момент досліджування були компенсовані. Пацієнтів з постінсультними та постінфарктними станами в дослідження не включали.

Другу основну групу дослідження становили 42 хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2) без ознак ожиріння, у яких індекс маси тіла хворого (*англ.* Body mass index, BMI) був менш ніж 30).

Третю основну групу дослідження становили 44 хворих на шизофренію з діагнозом ожиріння (за умов, що $BMI \geq 30$).

Контрольна група була сформована з хворих на шизофренію без хронічних соматичних розладів та налічувала 50 осіб.

Як інструментарій досліджування застосовували такі методи: психометричний, психодіагностичний та клініко-статистичний [13, 14].

За результатами дослідження виокремлено такі особливості репрезентації психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію з соматичними розладами.

Серед особливостей самооцінки стану здоров'я: хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями характеризувались зниженим рівнем самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я, що з одного боку, відображає песимістичність, знижений фон настрою хворих та збереження критичності щодо психічного розладу (визнання наявності психічного розладу). Водночас хворі на шизофренію з ССЗ при низьких оцінках всіх параметрів здоров'я оцінювали себе більш хворими психічно, ніж фізично. Хворі ж на шизофренію з ЦД 2 та з ожирінням при низьких оцінках всіх параметрів здоров'я оцінювали себе більш хворими фізично, ніж психічно.

Серед особливостей усвідомлення психічної хвороби: хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями характеризувались вищим за середній рівнем інсайту психічної хвороби, тобто не повністю усвідомлювали наявність у себе психічного розладу, а також той факт, що люди, що їх оточують, помічають їхню хворобу та вважають їх психічно хворими. Окрім того, хворі на ССЗ та ожиріння також більш усвідомлювали необхідність лікування психічного захворювання, тимчасом як хворі на ЦД 2 більш усвідомлювали, що їх оточення визнає за потрібне лікування психічного розладу. Найнижчим в структурі інсайту хворі на шизофренію визначали психічний розлад (інтегрували в одне ціле весь спектр психопатологічних переживань) та його коректну назву. Найвищий рівень інсайту психічної хвороби відзначався у хворих з ССЗ.

Серед особливостей сприйняття (когнітивних репрезентацій) психічної хвороби: хворі на шизофренію, що коморбідна з соматичними захворюваннями, характеризуються набагато вищими показниками

рівня загрози психічного розладу, ніж хворі без соматичної патології. Як найбільш загрозливу психічну хворобу сприймають хворі на шизофренію з ССЗ ($0,64 \pm 0,08$ балів). Рівень загрози психічного захворювання у хворих на шизофренію з ЦД 2 становить $0,44 \pm 0,1$ бала, у хворих на шизофренію з ожирінням — $0,4 \pm 0,12$ бали, у хворих контрольної групи виявляється найнижчий рівень загрози психічного розладу ($0,01 \pm 0,11$ балів).

Хворі на шизофренію з ССЗ високо оцінювали ступінь впливу психічного захворювання на власне життя ($6,24 \pm 0,36$ балів), високо його ідентифікували, тобто відчували його симптоми ($6,67 \pm 0,38$ балів), були занепокоєні ним ($6,42 \pm 0,35$ балів) та відзначали його високий вплив на власний емоційний стан ($6,85 \pm 0,39$ балів), при низьких показниках рівня його особистісного контролю ($3,80 \pm 0,23$ бали) та розумінні ($4,34 \pm 0,24$ бали), тобто визнання низької здатності його контролювати та розуміти.

Хворі на шизофренію з ЦД 2 характеризувались високим рівнем ідентифікації психічного розладу ($6,53 \pm 0,32$ бали) при низькому особистісному контролі ($3,58 \pm 0,20$ балів).

Специфікою сприйняття психічного розладу у хворих з ожирінням було визначення його високого впливу на життя ($5,85 \pm 0,31$ балів), визнання ефективності його лікування ($6,36 \pm 0,34$ бали), виражена занепокоєність його наявністю ($6,33 \pm 0,34$ бали), вагомим впливом на психоемоційний стан ($6,68 \pm 0,36$ балів) при значному його нерозумінні.

Серед особливостей сприйняття (когнітивних репрезентацій) соматичної хвороби: хворі на шизофренію з ССЗ характеризувались високим рівнем ідентифікації власної соматичної хвороби ($7,72 \pm 0,43$ бали), визнанням її довготривалості ($7,54 \pm 0,41$ балів), визначенням її високого впливу на життя ($5,65 \pm 0,33$ бали), визнанням ефективності її лікування ($6,25 \pm 0,36$ балів), впливу на психоемоційний стан ($5,62 \pm 0,33$ бали) та вираженою занепокоєністю соматичною хворобою ($6,95 \pm 0,39$ балів) при найнижчих показниках можливості особисто впливати на неї ($4,66 \pm 0,28$ балів).

Сприйняття ЦД 2 у хворих на шизофренію відзначалось визнанням його довготривалості ($7,23 \pm 0,43$ бали), доволі високим рівнем ідентифікації ($6,88 \pm 0,39$ балів) та занепокоєністю його наявністю ($6,74 \pm 0,38$ балів).

В структурі сприйняття соматичної хвороби у хворих на шизофренію з ожирінням відзначались найвищі показники за рівнем ідентифікації симптомів ожиріння ($5,73 \pm 0,35$ балів), визнання його хронічною патологією ($5,40 \pm 0,33$ бали) та занепокоєність ним ($5,28 \pm 0,31$ балів). Водночас хворі на шизофренію з ожирінням найменшою мірою відзначали, що наявність ожиріння впливає на їхній емоційний стан ($4,22 \pm 0,26$ балів).

Серед досліджених варіантів соматичної патології хворі на шизофренію як найбільшу загрозу сприймали наявність ССЗ та ЦД 2, тоді як діагноз ожиріння значно менше усвідомлювали як серйозну загрозу.

Серед особливостей ставлення до соматичної хвороби: хворі на шизофренію характеризувались переважанням дезадаптивних форм ставлення до соматичних хронічних захворювань: тривожного, іпохондричного та меланхолічного (при F20 з СС3), анозогностичного та дисфоричного (при шизофренії з ЦД2 та з ожирінням), а також апатичного (при шизофренії з ожирінням), що відображає особливості клініко-психопатологічної картини психотичного розладу хворих зазначених груп дослідження.

Отримані результати доцільно використовувати як конкретні мішені психоосвітньої та психотерапевтичної роботи та брати до уваги під час розроблення комплексних програм терапії хворих на шизофренію з соматичними розладами.

Список літератури

1. Проблема множественной соматической и/или психической патологии / А. С. Аведисова, М. О. Жабин, Р. Г. Акжигитов, А. А. Гудкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2018. Вып. 118 (5). С. 5—13. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2018118515>.
2. Colombo F. Addressing multimorbidity to improve healthcare and economic sustainability / F. Colombo, M. García-Goñi, C. Schwierz // Journal of Comorbidity. 2016. Vol. 6 (1). P. 21—27. DOI: <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.74>.
3. Верткин А. Л. Коморбидность / А. Л. Верткин, М. А. Румянцев, А. С. Скотников // Клиническая медицина. 2012. Т. 90, № 10. С. 4—11.
4. Чабан О. С. Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Нейро News. 2016. № 2—1. С. 8—13.
5. Белялов Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. 10-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 264 с.
6. Марута Н. О. Шизофренія, коморбідна з іншими психічними та поведінковими розладами / Н. О. Марута, С. О. Ярославцев // Здоров'я України. 2016. № 3 (38). С. 37—39.

Відомості про авторів:

ОПРЯ Євген Васильович, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: yoprya@yahoo.com

ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*

МЕЛЬНИК Еліна Віталіївна, доктор медичних наук, професор кафедри*

* — кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна

7. Краснов В. Н. Противоречия в современном понимании коморбидности в психиатрии / В. Н. Краснов // Психические расстройства в общей медицине. 2016. Вып. 1—2. С. 4—6.

8. Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity / Bobo W. V., Yawn B. P., Sauver J. L. St. [et al.] // The Journals of Gerontology: Series A. 2016. Vol. 71, Issue 11. P. 1483—1491. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glw032>.

9. Cohen A. Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями : справочный технический доклад в поддержку осуществления Европейского плана действий в области психического здоровья, 2013—2020 гг., и Плана действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016—2025 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2017. 44 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/342915/Comorbidity-report_R-web.pdf.

10. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/346330/NCD-ActionPlan-RU.pdf.

11. Герасим'юк І. Г. Поєднання шизофренії та соматичної патології / І. Г. Герасим'юк // WorldScience. 2018. № 6 (34). Т. 5. № 6 (34). С. 47—49. DOI: 10.31435/rsglobal_ws/12062018/5853.

12. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії (методичні рекомендації) / В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, О. Г. Студзінський [та ін.]. Донецьк, 2011. 39 с.

13. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Москвиченко // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html>.

14. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire / E. Broadbent, C. Wilkes, H. Koschwanez [et al.] // Psychology & Health. 2015. Vol. 30. No. 11. P. 1361—1385. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851.

Надійшла до редакції 7.07.2021

Information about the authors:

OPRYA Yevgen, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department**; e-mail: yoprya@yahoo.com

PUSTOVOIT Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**

MELNYK Ellina, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department**

** — Department of Psychiatry, Narcology and Psychology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine