

УДК 616.895.8:616.89 – 02 – 055

© Н.М. Юр'єва, 2013.

ГЕНДЕРНО ОБУМОВЛЕНА СПЕЦИФІКА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Н. М. Юр'єва

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

GENDER DUE TO SPECIFIC CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AND SOCIAL FUNCTIONING OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N. M. Yrieva

SUMMARY

Based on a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostic and socio-demographic survey of 230 patients with paranoid schizophrenia which included 120 women and 110 men set specific gender clinical and psychopathological peculiarities of paranoid schizophrenia and differences of social and family functioning and quality of life of patients, which was the basis for the scientific study of approaches to therapy and development specific gender measures of psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia. Capacity and content of the measures that are based on psychoeducation, group, behavioral and family therapy, it is proposed to determine, depending on the degree of social exclusion specific gender operation: with mild (39,2%) - less volume, but broad in meaning psychosocial measures covering all areas of functioning and women have the highest social orientation, with a moderate degree (42,5%) - more volume, but narrower in meaning psychosocial measures that cover the affected areas of functioning and have a specific focus on the recovery of lost skills and maintaining the highest possible level of independent existence, with severe grade (18,3%) - the most extensive in volume, but narrow content, psychosocial measures aimed at maximizing recovery of existing defects functioning, including self-service skills.

ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ СПЕЦИФИКА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н. М. Юрьева

РЕЗЮМЕ

На основании комплексного клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психодиагностического и социально-демографического обследования 230 пациентов с параноидной шизофренией, среди которых были 120 женщин (основная группа) и 110 мужчин (группа сравнения), установлены гендерноспецифические клинико-психопатологические особенности течения параноидной шизофрении, а также различия социального и семейного функционирования и качества жизни пациентов, что послужило основанием для научного обоснования подходов к гендерноспецифической терапии и разработки гендерноспецифических мероприятий психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией. Объем и содержание мероприятий, основу которых составляют психообразование, групповая, поведенческая и семейная психотерапия, предложено определять в зависимости от степени гендерноспецифической дезадаптации социального функционирования: при легкой степени (39,2%) – меньше по объему, но широкие по содержанию психосоциальные мероприятия, охватывающих все сферы функционирования женщины и имеющие максимальную социальную направленность, при умеренной степени (42,5%) – шире по объему, однако, более узкие по смыслу психосоциальные мероприятия, которые охватывают пораженные сферы функционирования и имеют конкретную направленность на восстановление утраченных навыков и поддержку максимально возможного уровня независимого существования, при тяжелой степени (18,3%) – максимально широкие по объему, однако, узкие по содержанию, психосоциальные меры, направленные на максимальное восстановление имеющихся дефектов функционирования, в частности, навыков самообслуживания.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, соціальне і родинне функціонування, якість життя, жінки, чоловіки.

Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їх близьких, а й для суспільства, держави в цілому. В останні десятиліття в усьому світі відзначається зростання інтересу до питань соціального функціонування та якості життя пацієнтів [1 – 6]. Поява нового покоління засобів антипсихотичної фармакотерапії стала важливим кроком вперед у лікуванні хворих

на шизофренію, забезпечивши більш високий рівень їх соціальної, сімейної адаптації та якості життя, але оптимальні результати досягаються лише в поєднанні із заходами психосоціальної реабілітації, ефективність яких значно зростає за умови їх специфічності для окремих контингентів пацієнтів. Однак, розробка питань терапії та психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію здійснюється на

теперішній час або без врахування гендерного чиннику, або спрямована на контингент пацієнтів-чоловіків [7 – 14].

Основні клінічні прояви захворювання негативно позначаються на рівні адаптивних можливостей, змінюють оцінку подій, що відбуваються, особливості структури психопатологічних симптомів негативного і позитивного рангів та самі по собі є факторами дезадаптації пацієнтів до умов життя. У зв'язку з цим все більшого значення набувають дослідження, які вивчають стан хворих у суспільстві, так як це дозволяє більш обґрунтовано підходити до розробки програм психосоціальної реабілітації в залежності не тільки від вираженості шизофренічного процесу, але з урахуванням гендерних особливостей соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію.

Враховуючі вищенаведене, з метою встановлення особливостей соціального і родинного функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, на базі Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1», нами проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 120 жінок (основна група, ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння, ГП), з діагнозом параноїдної шизофренії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі психіатричних відділень № 1, 6, 9 (чоловічі) та № 2, 3, 8 (жіночі) Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» було обстежено 230 осіб: 120 жінок (основна група, ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння, ГП), хворих на параноїдну шизофренію (ПШ). У дослідження включалися тільки етнічні слов'яни: росіяни, українці, білоруси.

Середній вік обстежених жінок склав $43,5 \pm 2,1$ роки, середня тривалість хвороби – $19,7 \pm 1,9$ років, середній вік діагностування хвороби – $28,3 \pm 1,3$ роки. Серед жінок ОГ 60,8% осіб мали інвалідність, практично усі інші – працювали. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала $58,9 \pm 17,6$ днів.

Серед жінок превалювали особи віком 30 – 49 років (60,8%), а серед чоловіків – 18 – 39 років (58,2%); серед жінок працюючих було 32,5%, а серед чоловіків – 8,2%, на інвалідності перебували 60,8% жінок та 78,2% чоловіків; власну родину мали 67,5% жінок та 47,3% чоловіків, інші проживали в батьківській родині, або з близькими родичами.

Дослідження проводилось в декілька етапів. На першому етапі встановлювали гендерні особливості клініко-психопатологічних проявів, СФ та ЯЖ жінок, хворих на ПШ. Після обробки й узагальнення результатів дослідження, були обґрунтовані підходи до гендерноспецифічної терапії жінок, хворих на ПШ, а також розроблені гендерноспецифічні заходи психосоціальної реабілітації (ГЗПР) для жінок, хворих на ПШ. На наступному етапі, при впровадженні та оцінці ефективності розроблених ГЗПР, ОГ була розділена на дві групи: 70 пацієнток склали групу

гендерноспецифічної психосоціальної реабілітації (ГЗПР), інші 50 осіб, які стали контрольною групою, отримували стандартну регламентовану терапію (ГСРТ).

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний аналіз, який дозволив дослідити клініко-психопатологічні особливості обстежених хворих. Клініко-психопатологічне й клініко-анамнестичне дослідження включали структуроване інтерв'ю (із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10, обстеження із застосуванням опитувальника МКХ–10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром). З метою стандартизації оцінки клініко-психопатологічної симптоматики була використана «Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» PANSS.

Психодіагностичний метод включав дослідження: а) ЯЖ з використанням «Шкали оцінки ЯЖ Quality of Life Scale (QLS)» (D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon, W. T. Carpenter, 1984); б) суб'єктивного самопочуття хворих на шизофренію під впливом нейрореплетивної терапії, для чого була використана шкала Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale – Short Form (SWN–S) (2008); в) типу родини (ТР), який визначали за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу сім'ї» (B. A. Абрамов зі співав., 2009); г) типу відношення родичів до хвороби респондентів (ТВР), що проводилось з використанням «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричному діагнозу) у родича» (B. A. Абрамов зі співав., 2009).

Ефективність розроблених ГЗПР відстежували за допомогою визначення змін в сферах ЯЖ й СФ (шкали QLS і SWN–S), а також родинного функціонування (шкала структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу сім'ї) обстежених, що здійснювали по закінченні психореабілітаційної роботи перед випискою хворих зі стаціонару.

Усі отримані дані в цифровій формі вносилися в спеціально створену базу даних з використанням системи керування базами даних MS Access v.8 for Windows 95. Формування зведених таблиць проводилося за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Аналіз, обробка і розрахунок відсоткових характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювалися за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За провідним психопатологічним синдромом достовірних розбіжностей між обстеженими різними групами не встановлено: депресивно-параноїдний синдром діагностовано у 13,3% жінок і 10,9% чоловіків,

астенічний – у 15% осіб ОГ і 15,5% ГП, галюцинаторно-параноїдний – у 19,2% пацієнток ОГ і 19,1% хворих ГП, параноїдний – у 22,5% жінок і 23,6% чоловіків, депресивний – 30% жінок і 30,9% чоловіків.

Серед позитивних синдромів, що значно впливали на СФ та ЯЖ, у ОГ відокремлено галюцинаторну поведінку (17,1%), у ГП – марення (16,7%), концептуальну дезорганізацію (16,7%), ворожість (16,7%). Розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості у жінок і чоловіків мав такі відмінності: легкий ступінь діагностовано у 13,3% пацієнток ОГ і 11,5% чоловіків ГП, помірний ступінь – у 35,1% ОГ й 25,3% ГП; виражений ступінь – у 36,5% ОГ й 40,0% ГП; значно виражений ступінь – у 15,0% ОГ й 23,1% ГП.

Серед негативних синдромів у ОГ та ГП встановлені усі їх прояви: сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення, які, між тим, були більш різноманітні та мали значнішу ступінь вираженості у чоловіків, ніж у жінок ($p < 0,001$). Розподіл за структурою негативних симптомів становив: емоційна відгородженість – 15,5% ОГ, 13,0% ГП; недолік спонтанності та плавності бесіди – 14,0% ОГ, 13,0% ГП; стереотипність мислення – 14,6% ОГ, 12,4% ГП; пасивно-апатичний соціальний відхід – ОГ 15,5%, 17,5% ГП; труднощі у абстрактному мисленні – 15,5% ОГ і 18,5% ГП. Негативна симптоматика помірного ступеню вираженості спостерігалась дещо більше у жінок (ОГ – 24,5%, ГП – 19,7%), при цьому серед хворих ОГ переважали труднощі у абстрактному мисленні – 29,4% (у ГП – 18,2%), недолік спонтанності й плавності – 20,7% (у ГП – 15,9%); виражені негативні прояви мали місце приблизно в однаковій кількості осіб обох груп (ОГ – 33,0%, ГП – 31,6%), при цьому переважним симптомом у жінок була стереотипність мислення – 40,6% (у ГП – 32,2%); значна вираженість виявилась притаманною 32,7% ОГ й 40,7% ГП. При цьому досліджені ГП у порівнянні із ОГ, були схильні до повної самоізоляції ($p < 0,001$), дуже рідко проявляли будь яку активність, зневажливо ставилися до власних потреб ($p < 0,001$).

Загально-психопатологічні синдроми (тривога, відчуття провини, манерність, депресія, некооперативність, зниження розважливості та усвідомлення хвороби, вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності) за ступенем вираженості в обох групах мали стійку наростаючу динаміку розподілу від легких (10,2% ОГ, 11,2% ГП) до значно виражених (30,2% ОГ, 29,6% ГП) з переважанням вираженого ступеню з усієї сукупності встановлених синдромів (ОГ – 32,6%, ГП – 32,9% осіб).

В цілому, середній бал позитивних синдромів склав у ОГ – 5,0, у ГП – 5,1; негативних синдромів – ОГ – 5,4, ГП – 5,7, загально-психопатологічних синдромів – ОГ – 5,6, ГП – 5,0.

За результатами порівняльного аналізу клініко-психопатологічних проявів ПШ, виявлені їх наступні

гендерні відмінності: більша, порівняно з чоловіками, тривалість ремісії (у жінок – в середньому 2,5 роки, у чоловіків – в середньому 1,5 роки); менша вираженість та різноманітність позитивних (у жінок – галюцинаторна поведінка; у чоловіків – марення, концептуальна дезорганізація, ворожість) і негативних синдромів (у жінок – труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення; у чоловіків – сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення) та приблизно рівномірна розповсюдженість загально-психопатологічної симптоматики з переважанням вираженого її ступеню.

Вивчення ЯЖ з порівнянням середніх оцінок стану його структурних складових, довело наявність розбіжностей у обстежених різних груп: міжособистісні відносини – ОГ – 3,0 бала, ГП – 2,3 бала; здатність до професійної / рольової діяльності ОГ – 3,5 бала, ГП – 3,3 бала; інші симптоми – ОГ – 4,1 бала, ГП – 3,3 бала; загальний середній бал ЯЖ – ОГ 3,5 бала, ГП – 3,0 бала (достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнювала від $p < 0,05$ до $p < 0,001$). Отже, в цілому, досліджені ОГ у порівнянні із ГП мали більш збережений особистісний досвід, якість міжособистісних відносин і продуктивність в професійних ролях.

Дослідження впливу нейролептичної терапії на СФ, довело наявність її негативної дії на обстежених обох груп: і в ОГ, і в ГП обмеження функціонування у суспільстві під впливом нейролептичної терапії відбувалося за рахунок враження усіх його сфер (розумова діяльність – -0,45 ОГ, -6,10 ГП; самоконтроль – 4,45 ОГ, 1,26 ГП; фізична діяльність – 3,60 ОГ, 3,70 ГП; регулювання емоцій – 5,70 ОГ, -1,10 ГП; соціальна інтеграція – 1,8 ОГ, 0,60 ГП), проте, вираженість синдрому індиферентності була більшою у чоловіків.

Найбільш значущими контекстуальними чинниками, що впливали на розвиток та перебіг ПШ, СФ та ЯЖ, у жінок визначені: негативні події у дитинстві, проблеми із вихованням та освітою, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі в організації життєдіяльності; у чоловіків – домашні та екологічні умови, трудова діяльність та безробіття.

Таким чином, виявлені розбіжності щодо впливу психопатології та особистісних дефіцитів на виникнення порушень СФ й зниження ЯЖ, дозволили стверджувати про відмінності у функціонуванні жінок та чоловіків з ПШ, що обумовлює необхідність розробки гендерноспецифічних підходів до їх терапії і психосоціальної реабілітації.

Різниця також була встановлена і при вивченні стану родинного функціонування обстежених: за розподілом ТР емоційно відчужений ТР виявився притаманним 13,3% ОГ, 19,1% ГП; напружено-дисо-

ціативний ТР – 12,5% ОГ й 17,3% ГП; псевдосолідарний ТР – 13,3% ОГ, 19,1% ГП; гіперпротективний – 14,2% ОГ, 17,3% ГП; симбіотичний ТР – 15,0% ОГ, 18,2% ГП; гармонійний ТР – 31,7% ОГ, 9,1% ГП. Адекватне ставлення до наявності психічної хвороби у ро-

дича демонстрували 20% родин ОГ й 4,5% ГП; драматизуючий ТВР – 33,3% ОГ й 36,4% ГП; негативний (деструктивний) ТВР – 46,7% ОГ й 59,1% ГП. Отже, родинне функціонування у жінок виявилось більш адекватним, ніж у чоловіків: серед родин жінок

Таблиця 1

Вплив клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування ГДСФ у жінок

Показник	Ступінь ГДСФ		
	Легкий, n=47, 39,2%	Помірний, n=51, 42,5%	Виражений, n=22, 18,3%
1	2	3	4
Клініко-психопатологічні чинники			
стійкість синдромів / стабільність клінічної картини	–	+	+
ступінь вираженості позитивних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
галюцінаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром	+	+	+
ступінь проявів негативних синдромів	–	помірний, виражений	виражений
емоційна відгородженість	+	+	+
сплющення афекту	–	+	–
пасивно-апатичний соціальний відхід	–	+	+
ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
тривога	+	+	–
відчуття провини	–	+	–
манерність й поза	–	+	–
епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	–	+	+
вік 50-59 рр. з епізодичним та прогредієнтним типами перебігу	–	+	+
Психосоціальні чинники			
міжособистісні відносини (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів
професійна діяльність (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів
інші симптоми (QLS)	викривлення, 4 – 6 балів	деструкція, 2,0 – 3,9 балів	руйнація, 0 – 1,9 балів

1	2	3	4
порушення когнітивної діяльності (SWN-S)	-	+	+
нездатність до самоконтролю (SWN-S)	+	+	+
нездатність регулювання емоцій (SWN-S)	+	+	+
самооцінка фізичної активності (SWN-S)	-	+	+
Продовження табл. 1			
нездатність до соціальної інтеграції (SWN-S)	-	+	+
емоційно-відчуждений ТР	-	+	+
напружено-дисоціативний ТР	-	+	+
псевдосолідарний ТР	-	+	-
гіперпротективний ТР	-	+	-
симбіотичний ТР	+	+	-
гармонічний ТР	+	-	-
адекватний ТР	+	-	-
драматизуючий ТР	+	+	-
негативний (деструктивний) ТР	-	+	+
негативні події у дитинстві	+	+	+
виховання та освіта	+	+	+
первина підтримка оточуючих	+	+	+
сімейні хвороби чи інвалідність	+	+	+
труднощі життєдіяльності	+	+	+

гармонійний ТР зустрічався в 4 рази частіше, а адекватне ставлення до хвороби родички – в 5 разів частіше, ніж серед сімей чоловіків.

За результатами дослідження узагальнено вплив клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування (ГДСФ) в аспекті їх здатності викликати той чи інший її ступінь (табл. 1).

Серед клініко-психопатологічних особливостей, до тих, які викликають легкій ступінь ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): помірний ступінь вираженості позитивних синдромів; галюциаторна поведінка; параноїдний та депресивний синдром; тривога; помірний ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; емоційна відгородженість.

До психосоціальних характеристик, стан яких визначає формування легкого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): викривлення стану складових ЯЖ (QLS); зниження самоконтролю й регулювання емоцій під впливом нейролептичної терапії (SWN-S); гармонічний або симбіотичний тип родини (ТР); адекватний або драматичний тип відношення родини до хвороби жінки (ТВР); контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинні підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

До клініко-психопатологічних показників, які

приймають участь у формуванні помірного ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; помірний та виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюциаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; сплющення афекту; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражений ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; тривога, відчуття провини, манерність й поза; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50-59 рр. з епізодичним та прогредієнтним типами перебігу.

На формування помірного ступеню ГДСФ також мають вплив стан наступних характеристик соціального й родинного функціонування ($p < 0,05$): деструкція міжособистісних відносин, професійної діяльності та ін. сфер ЯЖ (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтролю, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатність до соціальної інтеграції під впливом нейролептичної терапії (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний ТР; драматизуючий або негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинні підтримки оточуючих, сімейні хво-

роби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

До клініко-психопатологічних показників, які приймають участь у формуванні вираженого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюцинаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражений ступінь загально-психопатологічних синдромів; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50-59 рр. з епізодичним та прогресивним типами перебігу.

До показників соціального й родинного функціонування, стан яких впливає на формування вираженого ступеню ГДСФ, віднесені ($p < 0,05$): руйнація міжособистісних відносин, професійної діяльності та ін. складових ЯЖ (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтролю, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатності до соціальної інтеграції під впливом нейролептичної терапії (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний TP; негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

Отже, при легкому ступені ГДСФ ($n=47$ осіб, 39,2%) вираженість чинників дезадаптації легка, а їх кількість незначна. Параметри, які стають чинниками дезадаптації у помірному та вираженому ступені, при легкому ступені мають незначні відхилення та не є порушеними, вони не сприяють розвитку соціальної дезадаптації.

При помірному ступені ГДСФ ($n=51$ пацієнток, 42,5%) вираженість чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. Це пов'язано з тим, що даний ступінь вираженості співпадає із часом руйнування навичок незалежного існування у всіх сферах життєдіяльності. Також, у даний період формується, власне, психічний дефект. Параметри, які стають чинниками дезадаптації у помірному ступені, є частково порушеними (у більшості у процесі порушення) та впливають на розвиток соціальної дезадаптації.

При тяжкому ступені ГДСФ ($n=22$ хворих, 18,3%) вираженість чинників дезадаптації максимально виражена, а їх кількість зменшується (така ситуація складається внаслідок того, що частина чинників вже не є дезадаптуючими). Параметр, який є чинником дезадаптації при помірному ступені ГДСФ, у вираженому ступені втрачає свій дезадаптуючий ефект внаслідок повного руйнування навичка / здатності до діяльності або інтересу у окремій сфері функціонування, до якій він належав.

Здатність викликати або блокувати формування та вираженість ГДСФ ранжовано за інтегральним

показником (П) на трьох рівнях «ризиків виникнення ГДСФ»: перший рівень – імовірний ризик (П дорівнює 1-3 бала) – чинники, які порушують СФ «не агресивні», показники, що характеризують ЯЖ, істотно не змінені; другий рівень – наявний ризик (П дорівнює 4-6 балів) – чинники, які порушують СФ «агресивні», показники які характеризують ЯЖ, змінені; третій рівень – виражений ризик (П дорівнює 7-9 балів) – чинники, які порушують СФ «дуже агресивні», показники, які характеризують ЯЖ, істотно змінені.

За результатами дослідження нами оцінено т. зв. «потенціал відбудови соціального функціонування» (ПВСФ), як один із важливих чинників, на якому базується розробка ГЗІПР. В основі розрахунку даного показника покладено ранжування усіх перемінних, які вивчалися (клініко-психопатологічні та психосоціальні) за ступенем їх впливу на СФ: від абсолютно нестійкого (максимально низький ПВСФ) до стійкого (високий ПВСФ). Так, у структурі стійкого ПВСФ мала місце найменша кількість перемінних, які із статистичною достовірністю $p < 0,05$ впливали на СФ жінки: тобто, стійкий ПВСФ мав найбільшу кількість «не вражених» сфер функціонування та, відповідно, високий потенціал, на якій можна спиратися при побудові ГЗІПР. У свою чергу, у структурі абсолютно нестійкого ПВСФ виявлено найбільшу кількість перемінних, які із статистичною достовірністю $p < 0,05$ впливали на СФ жінки, що, за рахунок найбільшої кількості «уражених» сфер функціонування, обумовлювало низький потенціал, на якій можна спиратися побудову ГЗІПР.

Обґрунтування підходів та розробка ГЗІПР в комплексному лікуванні жінок, хворих на ПШ, здійснювалися послідовно: спочатку було проведено наукове обґрунтування гендерноспецифічних підходів до терапії й психосоціальної реабілітації, в залежності від клініко-психопатологічних особливостей та показників їх психосоціального функціонування; потім – сформульовані рекомендації щодо врахування гендерної специфіки медикаментозної терапії та розроблено ГЗІПР, диференційовані залежно від вираженості ГДСФ жінок; на кінцевому етапі роботи було оцінено ефективність впровадження зазначених заходів.

Виходячи із стратегії «удержання та відновлення», доведено, що психореабілітаційний вплив повинен здійснюватися у напрямку від «прогностично дестабілізуючих синдромів», які знижують ЯЖ – за рахунок руйнування саме «опорних» навичок, – до «прогностично сприятливих синдромів» – тобто тих, які впливають, але не знижують ЯЖ. З точки зору ЯЖ і СФ хворих жінок, за патологічного впливу психопатологічних проявів більш враженою є сфера їх міжособистісних стосунків (рис. 1).

Відносно враженою, тобто не зруйнованою, є здатність до професійної / рольової діяльності

(підтвердженням цього є аналіз інвалідності хворих: 60,8% жінок і 78,2% чоловіків були інвалідами третьої (16,7% жінок й 20% чоловіків), другої (83,3% жінок і 60% чоловіків) або першої (20% чоловіків) групи, – себто більшість мала групи інвалідності, які дозволяли працювати, що свідчило про збереженість трудових навичок).

Таким чином, відновлення й збереженість міжособистісних відносин (а для жінок комунікативна сфера є провідним шляхом для отримання та збереження інформації) є основою для гендероспецифічних заходів комплексної допомоги у поєднанні із збереженістю навичок професійної / рольової діяльності.



Рис. 1. Вплив психопатології на ЯЖ і СФ жінок, хворих на ПШ

Примітка (тут і надалі). Вплив психопатології: темно-сірий – значний вплив, світло-сірий – помірний вплив, білий – відсутність впливу (такого впливу у досліджених не виявлено). Зміна якості життя за сферами: білий – відсутність змін (таких досліджених не виявлено), світло-сірий – значні зміни, темно-сірий – дуже значні зміни.

Гендерноспецифічна терапевтична тактика повинна враховувати й специфічний вплив нейролептичної терапії на жінок (рис. 2), а саме: значний вплив на когнітивну діяльність та соціальну інтеграцію, а також помірний – на фізичне самопочуття. Треба

зазначити, що, хоча не виявлено статистично значущого впливу на самоконтроль та регулювання емоцій, який клінічно був вираженим та заважав СФ, проте, у жінок відмічалось погіршення суб'єктивного самопочуття, яке обмежувало функціональні можливості.

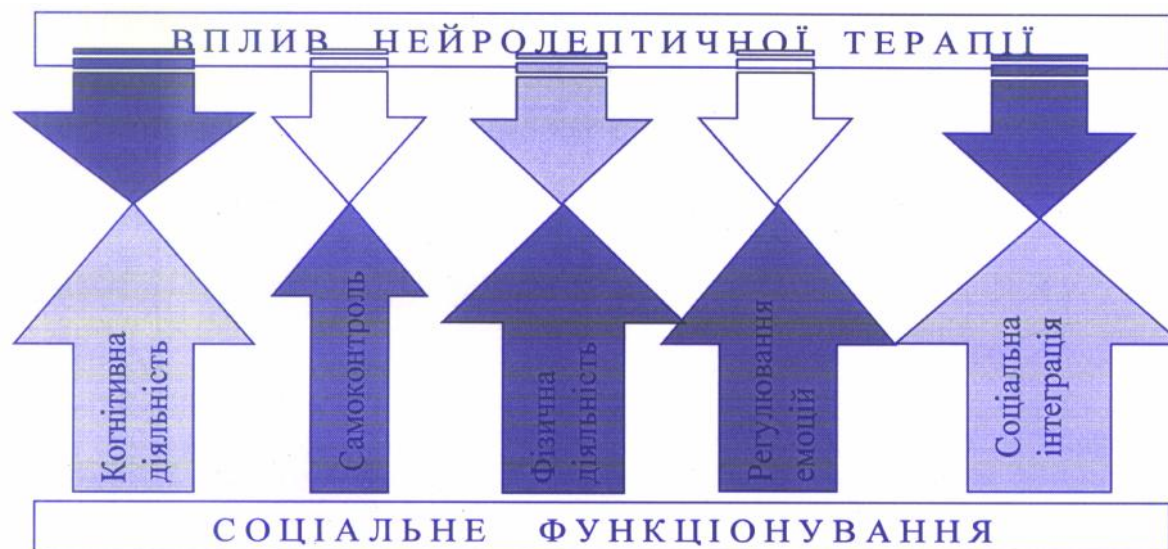


Рис. 2. Вплив нейролептичної терапії на СФ жінок, хворих на ПШ.

Нами виділені особливості гендерної специфіки щодо переносимості й ефективності антипсихо-

тичної терапії ПШ у жінок, які рекомендовано враховувати при визначенні тактики їх комплексного

лікування. Так, у жінок, порівняно з чоловіками, має місце суб'єктивна менша переносимість антипсихотичної терапії, що стосується практично усього спектру неврологічних, психічних і соматичних побічних ефектів, насамперед, обмінно-ендокринних порушень. Крім того, зафіксована тенденція щодо більш плинної відповіді на антипсихотичну терапію у жінок, ніж у чоловіків. Також рекомендовано призначення менших, порівняно з чоловіками, доз антипсихотичної терапії.

Загальні положення ГЗПР в комплексному лікуванні жінок, хворих на ПШ, спрямовані на усунення ГДСФ, передбачають: 1) акцент на терапії не лише психічного розладу, а й соматичних наслідках із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя; 2) відновлення навичок самообслуговування й незалежності, враховуючи провідну жіночу роль в підтримці належного рівню родинного й СФ; 3) проведення психореабілітаційних заходів із врахуванням взаємовідносин у родині (дезадаптивні ТР і ТВР) з усвідомленням необхідності їх перебудови; 4) спрямування психореабілітаційного впливу на нівелювання негативних наслідків відчуття родинної незадоволеності, яке у є тлом для виникнення ГДСФ.

Загальні підходи до визначення гендерноспецифічної терапевтичної тактики щодо жінок, хворих на ПШ, полягають в наступному.

На етапі призначення медикаментозної терапії – врахування гендерноспецифічних особливостей ефективності й переносимості антипсихотичної терапії.

На етапі ГЗПР вибір об'єму і змісту психореабілітаційних впливів здійснюється за визначеною закономірністю: при легкому ступені ГДСФ (39,2% жінок) – стійкому ПВСФ (37,5% жінок) = менші за об'ємом, але широкі за змістом психосоціальні заходи, що охоплюють усі сфери функціонування жінки та мають максимальну соціальну спрямованість; при помірному ступені ГДСФ (42,5% осіб) – нейтральному (20%) і нестійкому (21,7%) ПВСФ = ширші за об'ємом, проте, більш вузькі за змістом психосоціальні заходи, які охоплюють уражені сфери функціонування та мають конкретну спрямованість на відновлення втрачених навичок та підтримку максимально можливого рівню незалежного існування; при тяжкому ступені ГДСФ (18,3%) – абсолютно нестійкому ПВСФ (20,8%) = максимально широкі за об'ємом, проте, вузькі за змістом, психосоціальні заходи, спрямовані на максимальне відновлення наявних дефектів функціонування, зокрема, навичок самообслуговування та т. і.

На етапі оцінки ефективності серед хворих ГГПР і ГСРТ мав місце наступний розподіл за вираженістю ГДСФ: легкий ступінь ГДСФ – 30 пацієнтів (42,9%) ГГПР і 17 осіб (34%) ГСРТ; помірний ступінь ГДСФ – 30 хворих (42,9%) ГГПР і 21 (42%) жінок ГСРТ; виражений ступінь ГДСФ – 10 осіб (14,3%) ГГПР і 12 (24%) – ГСРТ.

Порівняльний аналіз якості життя за сферами функціонування, впливу нейролептичної терапії на

СФ та стану родинного функціонування, здійснений після проведення психореабілітаційної роботи, довів наявність достовірних розбіжностей (від $p < 0,05$ до $p < 0,001$) у стані показників між пацієнтками ГГПР і ГСРТ. Так, за усіма сферами якості життя хворі ГГПР мали кращі показники: міжособистісна взаємодія (ГГПР – 3,7 бала, ГСРТ – 2,6 бала), здатність до виконання професійної й рольової діяльності (ГГПР – 3,8 бала, ГСРТ – 3,3 бала), інші симптоми (ГГПР – 3,9 бала, ГСРТ – 3,3 бала), загальний середній бал якості життя (ГГПР – 3,8 бала, ГСРТ – 3,1 бала).

У досліджених ГСРТ обмеження функціонування у суспільстві під впливом нейролептичної терапії відбувалося за рахунок зниження діяльності в усіх сферах (порівняно з вихідними показниками), між тим як у осіб ГГПР стан основних показників функціонування практично не змінився (мінімальні зміни не були достовірні порівняно з вихідними даними), а у сфері соціальної інтеграції, навіть, покращився.

Дослідження впливу ГЗПР на стан родинного функціонування жінок з ПШ за оцінкою їх ТР, також довів наявність достовірних розбіжностей між пацієнтками ГГПР і ГСРТ: після ГЗПР, у хворих ГГПР спостерігалось покращення родинного функціонування та трансформація дезадаптивних ТР (емоційно-відчужений – 14 ГСТР%; напружено-дисоціативний – 16% ГСТР) в бік відносно адаптивних (псевдосолідарний – 8,6% ГГПР й 18% ГСРТ; гіперпротективний – 17,1% ГГПР й 20% ГСРТ; симбіотичний – 18,6% ГГПР й 16% ГСРТ), або гармонійного (у ГГПР – 55,7%, ГСРТ – 16%).

Таким чином, після проведення ГЗПР хворі ГГПР мали більш збережений особистісний досвід, якість міжособистісних відносин, здатність до професійного і продуктивності рольового функціонування.

ВИСНОВКИ

1. Соціальне функціонування та якість життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, обов'язково потребують їх докладного аналізу та врахування встановлених особливостей при формуванні плану комплексної спеціалізованої медичної допомоги. Тому, що у жінок встановлена більша тривалість ремісії, менша вираженість та різноманітність позитивних (у жінок – галюцинаторна поведінка; у чоловіків – марення, концептуальна дезорганізація, ворожість) і негативних синдромів (у жінок – труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення; у чоловіків – сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення) та приблизно рівномірна розповсюдженість загально-психопатологічної симптоматики з переважанням вираженого ступеню з усієї сукупності встановлених синдромів. Наявні гендерні клініко-психопатологічні розбіжності обумовлюють

відносно меншу соціальну дезадаптацію жінок у суспільстві, порівняно з чоловіками, що потребує врахування при обґрунтуванні підходів до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

2. Значущими контекстуальними чинниками, що впливають на розвиток та перебіг параноїдної шизофренії, соціальне функціонування та якість життя, у жінок визначені проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих (12,2%), негативні події у дитинстві (11,6%), проблеми із вихованням та освітою (11,1%), труднощі в організації життєдіяльності (10,6%), сімейні хвороби чи інвалідність (6,3%), у чоловіків – певні психосоціальні обставини (13,4%), домашні та екологічні умови (12,7%), трудова діяльність та безробіття (11,3%).

3. Встановлена специфіка родинного функціонування жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. Гармонійний тип родини у жінок зустрічається в 4 рази частіше, ніж у чоловіків (31,7% проти 9,1%), а найбільш деструктивні типи (емоційно відчужений або напружено-дисоціативний) – в 1,5 рази рідше, ніж у чоловіків (13,3% та 12,5% проти 19,1% і 17,3%). Серед типів відношення членів родини до хвороби пацієнта і у жінок, і у чоловіків переважає негативний (46,7% жінок і 59,1% чоловіків), однак адекватне ставлення зустрічається в 5 разів частіше у жінок, ніж у чоловіків (20% проти 4,5%).

4. Науково обґрунтовані підходи до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію. Визначено, що основною стратегією гендероспецифічних заходів комплексної допомоги є відновлення й збереження міжособистісних відносин, навичок їх професійної / рольової діяльності, а також врахування особливостей переносимості й ефективності нейролептичної терапії. Загальними принципами встановлені: 1) максимально ранній початок психореабілітаційної роботи; 2) етапність; 3) індивідуалізованість; 4) диференційованість. Особливостями психосоціальної реабілітації жінок визначені: акцент на терапії не лише психічного розладу, а й соматичних наслідках із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя; відновлення навичок самообслуговування й незалежності з врахуванням провідної жіночої ролі в підтримці належного рівню родинного функціонування; проведення психореабілітаційних заходів із врахуванням взаємовідносин у родині з усвідомленням необхідності їх перебудови; спрямування психореабілітаційного впливу на нівелювання негативних наслідків відчуття родинної незадоволеності.

5. Вибір об'єму і змісту психореабілітаційних впливів запропоновано встановлювати на підставі визначення ступеню гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування – інтегральної характеристики, що містить оцінку патогенної дії клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників в її генезі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *Нейронews*. – 2013. – № 8 (53). – С. 16 – 20.
2. Приб Г. А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих (діагностика, клініка, реабілітація) / Г. А. Приб. – К.: ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.
3. Приб Г. А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // *Український вісник психоневрології* – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 144.
4. Денисов Є. М. Порівняльна оцінка клініко-психопатологічних особливостей, якості життя та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу : автореф. дис. ... канд. мед. н.: 14.01.16 / Є. М. Денисов; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Х., 2009. – 20 с.
5. Мухаметшина З. Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. н.: 14.01.18 / З. Ф. Мухаметшина; ГОУВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет». – М., 2009. – 22 с.
6. Митрофанова О. И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. н.: 14.01.18 / О. И. Митрофанова; ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Росздрава. – М., 2008. – 22 с.
7. Кожина А. М. Психосоциальное образование в комплексной терапии больных с шизофренией / А. М. Кожина, М. В. Маркова // VI Національний конгрес «Людина та ліки – Україна». Тези доповідей. – К., 2013 – 15.03.2013. – С. 29.
8. Маркова М. В. Психосоціалізація сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, А. М. Кожина // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 198.
9. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом: метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. – Х., 2010. – 95 с.
10. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис. ... канд. мед. н. : 14.01.16 / В. О. Діхтяр; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – К., 2010. – 24 с.
11. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. –

Донецк: «Каштан», 2009. – 584 с.

12. Психосвітня робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію. Методичні рекомендації / В. А. Абрамов, С. М. Денісов, Т. Л. Ряполова [і ін.]. – К., 2007. – 18 с.

13. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройства-

ми / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: «Каштан», 2006. – 268 с.

14. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 279 с.