

*Н.М. Юр'єва***ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ В ГЕНЕЗІ ГЕНДЕРОСПЕЦИФІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгіївського»

Ключові слова: параноїдна шизофренія, клініко-психопатологічні й психосоціальні чинники, гендероспецифічна дезадаптація соціального функціонування, жінки

На сучасному етапі розвитку психіатричної науки доведено, що у жінок, які складають 52% населення Земної кулі, клінічні прояви та прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків [1 – 3]. Існують три моделі пояснення існування гендерних розбіжностей в сфері нервово-психічної захворюваності, кожна з яких заснована на відповідному об'ємі емпіричних даних. Психологічний підхід пов'язує особливості жіночого організму з більшою схильністю до розвитку нервово-психічних захворювань. Два інших пояснення засновані на рольовій теорії. В першому акцентується на множинності ролей та підвищеному соціальному тиску, що характеризують соціальну роль жінки в сучасному світі. В такому випадку нервово-психічна патологія виступає як реакція на рольове перевантаження. Інше пояснення засноване на існуванні соціально-рольових стереотипів, які формуються в процесі первинної соціалізації: культурально детерміновані норми передбачають, що жінка при переживанні труднощів буде хворіти, приймати ліки та звертатися по медичну допомогу, тоді як чоловічому стереотипу реагування на труднощі відповідають агресивні прояви та алкоголізація.

В науковій літературі є дані щодо існування гендерних відмінностей клініки, перебігу та вікових особливостей шизофренії [4 – 13]. Проте, незважаючи на наявні дослідження клініко-соціальних особливостей, залишаються актуальними питання вивчення гендерних аспектів соціального функціонування та якості життя жінок, хворих на шизофренію, які стали би основою для розробки диференційованих програм їх психосоціальної реабілітації, створених з урахуванням гендерноспецифічності клінічних проявів та психосоціальних особливостей даного контингенту хворих.

З урахуванням вищенаведеного, з метою вста-

новлення клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників та їх взаємозв'язків в генезі гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування (ГДСФ) у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, 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 та 110 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. У дослідженні включалися тільки етнічні слов'яни: росіяни, українці, білоруси (східні слов'яни). Це було пов'язано з існуванням фактів найбільшої генетичної близькості західних і слов'янських популяцій.

Середній вік обстежених жінок склав $47,3 \pm 2,1$ 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, інші – працювали.

Середній вік респондентів-чоловіків склав $36,1 \pm 2,8$ років, середня тривалість хвороби – $12,9 \pm 1,3$ років, середній вік маніфестації захворювання – $21,3 \pm 1,1$ роки; інвалідність мали 78,2% обстежених.

Діагноз параноїдної шизофренії встановлювався відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті (10 перегляд), адаптованої для застосування відповідно до прийнятих у вітчизняній психіатрії і критеріями МКХ-10.

Окрім класичного клініко-психопатологічного методу, в дослідженні використовували психометричний (із застосуванням шкали PANNS) та психодіагностичний методи (з використанням шкали Quality of Life Scale (QLS), опитувальника SWN-S, «Шкали структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини» та «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діаг-

нозу) у родича» (В. А. Абрамов зі співав., 2009).

Дослідження було спрямоване на пошук наявності взаємозв'язків між клініко-психопатологічними особливостями, показниками родинного та соціального функціонування і зниженням якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію. Із прогностичною метою відокремлено вплив клініко-психопатологічних чинників та показників родинного та соціального функціонування і якості життя (за аналізом парної кореляції із достовірністю кореляційного зв'язку між відокремленими показниками та ступенем ГДСФ, $p < 0,05$). На рис. 1 й 2 представлені результати аналізу впливу визначених значущих клініко-психопатологічних і психосоціальних чинників, які приймають участь у формуванні різного ступеню тяжкості ГДСФ.

Так, з клініко-психопатологічних особливостей (рис. 1), до тих, які викликають легкій ступінь ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): помірний

ступінь вираженості позитивних синдромів; галюціаторна поведінка; параноїдний та депресивний синдром; тривога; помірний ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; емоційна відгородженість.

До 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; галюціаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражний та значно виражний ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; сплющення афекту; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражний ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів; тривога, відчуття провини, манерність й поза; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50-59 рр. з епізодичним та прогресивним типами перебігу.

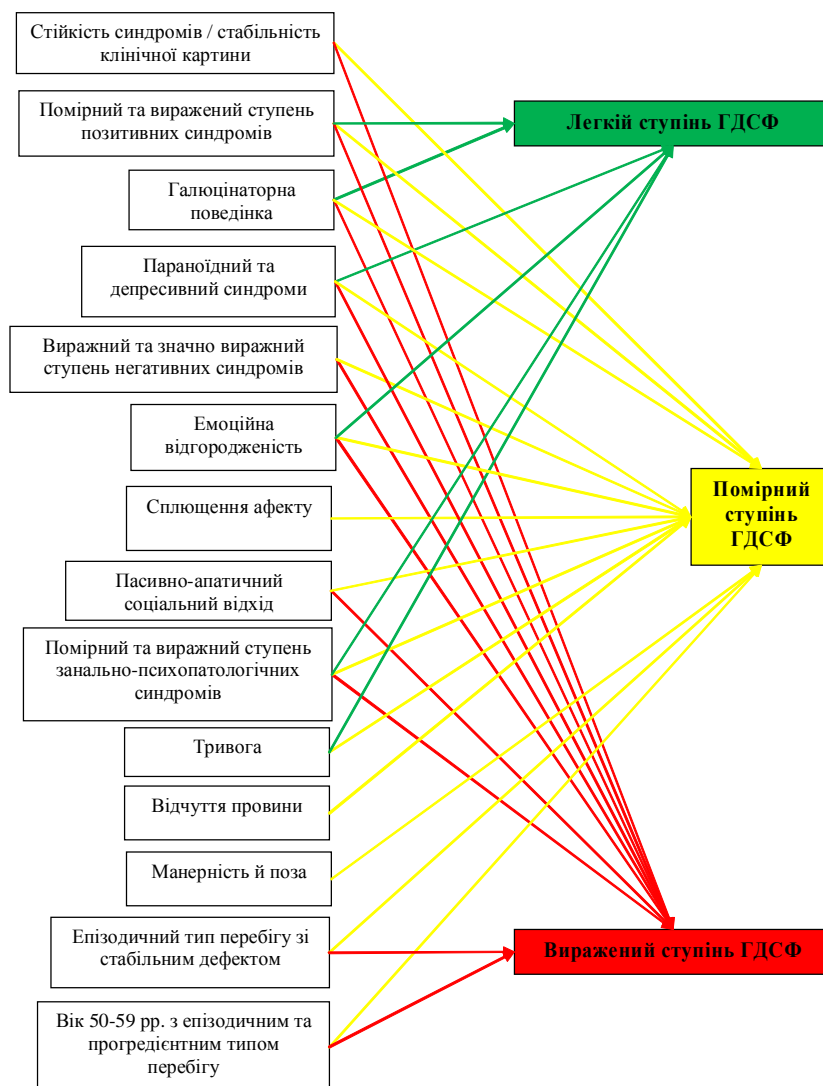


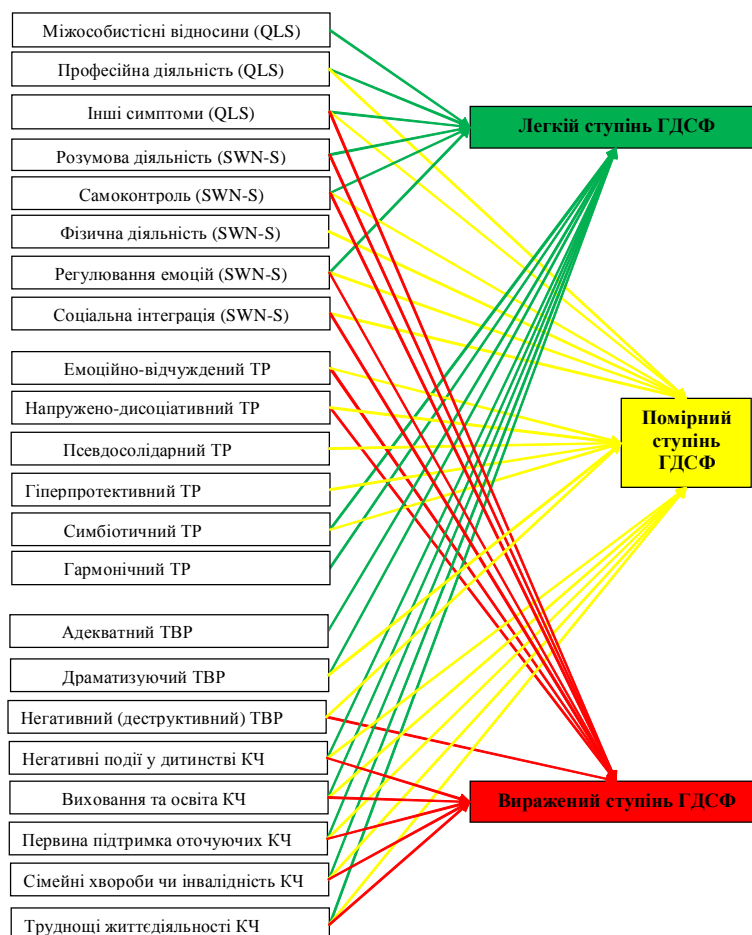
Рис. 1. Вплив клініко-психопатологічних чинників на ступінь ГДСФ у жінок (за аналізом парної кореляції).

До показників, які приймають участь у формуванні вираженого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюциаторна 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 прогредієнтним типами перебігу.

Як видно з даних рис. 2, різні показники родинного та соціального функціонування і якості життя оказують різний вплив на формування ГДСФ. До тих, стан яких визначає формування легкого ступеню ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); самоконтроль і регулювання емоцій (SWN-S); гармонічний або симбіотичний тип родини (TP); адекватний

або драматичний тип відношення родини до хвороби жінки (ТВР); контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

На формування помірною ступеню ГДСФ мають вплив стан наступних характеристик соціального й родинного функціонування ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтроль, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатність до соціальної інтеграції (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний TP; драматизуючий або негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.



Примітка: 1. TP – тип родини; 2. – ТВР – тип відношення родини до хвороби жінки. 3. – КЧ – контекстуальні чинники.

Рис. 2. Вплив показників родинного та соціального функціонування на ступінь ГДСФ у жінок.

До показників соціального й родинного функціонування, стан яких впливає на формування вираженого ступеню ГДСФ, віднесені ($p < 0,05$): міжособистісні відносини, професійна діяльність, інші симптоми (QLS); порушення когнітивної діяльності, самоконтроль, регулювання емоцій, зниження фізичної активності, здатність до соціальної інтеграції (SWN-S); емоційно-відчуждений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпро-

тективний, симбіотичний ГР; негативний (деструктивний) ТВР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

Результати узагальнення дослідження впливу клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування ГДСФ різного ступеню вираженості, представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Вплив клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників на формування ГДСФ

Показник	Ступінь ГДСФ		
	Легкий, n=47, 39,2%	Помірний, n=51, 42,5%	Виражений, n=22, 18,3%
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 прогресивним 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
порушення когнітивної діяльності (SWN-S)	–	+	+
нездатність до самоконтролю (SWN-S)	+	+	+
нездатність регулювання емоцій (SWN-S)	+	+	+
самооцінка фізичної активності (SWN-S)	–	+	+

Отже, при легкому ступені ГДСФ (n=47 осіб, 39,2%) виражність 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%) виражність чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. Це пов'язано з тим, що даний ступень вираженості співпадає із часом руйнування навичків 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%) виражність чинників дезадаптації максимально виражена, а їх кількість зменшується (така ситуація складається внаслідок того, що частина чинників вже не є дезадаптуючими). Параметр, якій був 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.

Наступним етапом роботи стало ранжування виявлених чинників із врахуванням їх здатності викликати або блокувати формування ГДСФ за інтегральним показником «ризик виникнення ГДСФ». Розробка та впровадження даного інтегрального показника (ІП) у діагностичну діяльність забезпечило своєчасне спрямування зусиль на профілактику явищ ГДСФ у жінок. Ранжування показнику «ризик виникнення ГДСФ» відбувалось за допомогою кореляційного аналізу з виділенням тісноти зв'язків між показниками та шкалами застосованих методик, та проводилося окремо (суб'єктивна думка жінки та суб'єктивна думка родича).

Відокремлено 3 рівня «ризик виникнення ГДСФ». Якщо загальний показник перемінної приближається до 0 балів – ризик також приближається до 0.

1. Перший рівень – імовірний ризик (ІП дорівнює 1-3 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування «не агресивні». Показники, які характеризують якість життя, істотно не змінені.

1.1. Ймовірність існування загрози – 1.

1.2. Ймовірність існування незахищеності - 2.

1.3. Потенційний вплив - 3.

2. Другий рівень – наявний ризик (ІП дорівнює 4-6 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування – «агресивні». Показники, які характеризують якість життя, змінені.

2.1. Ймовірність існування загрози – 4.

2.2. Ймовірність існування незахищеності - 5.

2.3. Потенційний вплив - 6.

3. Третій рівень – виражений ризик (ІП дорівнює 7-9 бала). Чинники, які порушують соціальне функціонування – «дуже агресивні». Показники, які характеризують якість життя, істотно змінені.

3.1. Ймовірність існування загрози – 7.

3.2. Ймовірність існування незахищеності - 8.

3.3. Потенційний вплив - 9.

Запропонований підхід ранжування чинників надав можливість проаналізувати існуючі проблеми у пацієнток на «патогенні зв'язки функціонування». Але, для визначення «напрямку» гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації, нами був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням слабких кореляційних зв'язків у відносинах між пацієнткою та членами родини. Встановлено, що за суб'єктивною думкою пацієнтки або членів родини (чоловіки та діти), по загальним показникам (наприклад, емоційне співчуття) зв'язок був слабкий, тобто він не вважався значущим. Проте, об'єктивізуючи за допомогою кореляційного аналізу данні, можна зазначити, що усі виявлені проблеми були важливими (високий рівень кореляційного зв'язку), так як в тому чи іншому вигляді впливали на зниження показників соціального функціонування та якості життя хворих у родині. Дані суб'єктивні та об'єктивні розбіжності характеристик показників перевірені нами за допомогою кореляційного аналізу, а пацієнти згруповані у групи імовірності порушень родинного функціонування (ІПРФ), що у представлено табл. 2.

З даних, представлених у табл. 3.19, можна стверджувати, що в цілому запропонований підхід відокремлення груп ІПРФ є науково обґрунтованим. Треба зазначити, що пацієнтки І групи ІПРФ відповідали легкому ступеню ГДСФ, n=47 осіб, 39,2%. Пацієнтки II групи ІПРФ мали помірний ступінь ГДСФ, n=51 пацієнток, 42,5%; пацієнтки III групи ІПРФ, відповідно. – виражений ступінь ГДСФ, n=22 хворих, 18,3%.

Групування хворих за імовірністю (ризиком) виникнення порушень родинного функціонування (ІПРФ)

Показники	Група ІПРФ		
	I	II	III
Клініко-психопатологічні	< 1,0	1,1-1,6	1,7-2,4
Шкала QLS			
міжособистісні відносини	0,62	1,44	1,83
професійної діяльності	0,55	1,35	1,72
інші симптоми	0,59	1,21	1,61
Опитувальник SWN-S			
розумова діяльність	0,54	1,12	1,97
самоконтроль	0,32	0,77	1,83
фізична діяльність	0,64	0,49	1,72
регулювання емоцій	0,97	1,13	1,89
соціальна інтеграція	0,54	1,37	1,72
Шкала структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини			
емоційно-відчуждений	0	1,13	1,92
напружено-дисоціативний	0	0,74	1,83
псевдосолідарний	0	0,42	1,74
гіперпротективний	0	1,17	1,86
симбіотичний	0,64	0,44	1,71
гармонійний	1,72	0	0
Шкала структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича			
адекватний	1,79	0	0
драматизуючий	0,62	0,48	0
негативний (деструктивний)	0	0,44	1,77
Контекстуальні чинники	0,67	0,46	1,78

Узагальнення отриманих даних свідчило про існування позитивного кореляційного зв'язку між усіма показниками. Але, найбільш тісний негативний взаємозв'язок у всіх трьох групах ІПРФ встановлено між показниками шкали QLS: міжособистісні відносини – професійна діяльність ($r = 0,97$), а також опитувальника SWN-S: розумова діяльність – самоконтроль ($r = 0,94$), розумова діяльність – регулювання емоцій ($r = 0,96$), розумова діяльність – соціальна інтеграція ($r = 0,90$), самоконтроль - регулювання емоцій ($r = 0,96$), самоконтроль – соціальна інтеграція ($r = 0,90$), регулювання емоцій – соціальна інтеграція ($r = 0,90$).

Виявлено, що важливими в аспекті розробки гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації, є емоційні проблеми жінок, що проявляються порушенням функціонування у родині із формуванням емоційно-відчужених та напружено дисоціативних відносин. У таких відносинах жінки почасти відчують себе пси-

хологічно та емоційно відторгнутими, що породжує явища дезадаптації та зниження якості життя. У хворих соціальне функціонування страждає комплексно в усіх сферах.

Встановлено, що показники незадоволеності взаємовідносинами у родині погіршуються з підвищенням ступеню вираженості та частоти позитивних синдромів - галюцинаторної поведінки та концептуальної дезорганізації ($p < 0,05$). Також наявність таких синдромів як підозрілість, збудження, переслідування, ворожість, корелює з неможливістю виконувати батьківські та побутові функції ($p < 0,001$).

У свою чергу виявлено, що негативні синдроми в залежності від ступеню вираженості впливають на усі сфери соціального функціонування жінок. Наприклад, сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні заважають жінкам відновувати батьківські відношення із дітьми,

($p < 0,01$), знижують показники самоконтролю ($p < 0,01$). Виявлений недолік спонтанності й плавності бесіди та стереотипність мислення порушують регулювання емоцій та, зокрема, загальну соціальну інтеграцію ($p < 0,01$).

Загальні психопатологічні синдроми також своєрідно впливають на функціонування жінок у суспільстві. Наприклад, напруга, тривога, стурбованість соматичними відчуттями, відчуття провини, мають високий рівень тісноти кореляційного зв'язку із показниками порушення міжособистісних відносин ($p < 0,01$), професійної діяльності ($p < 0,01$) та в цілому, соціальної інтеграції ($p < 0,01$). Проте, такі клініко-психопатологічні прояви, як манерність, депресія, рухова загальмованість, дезорієнтація достовірно порушують розумову діяльність ($p < 0,01$), самоконтроль ($p < 0,01$), фізичну діяльність ($p < 0,01$).

Некооперативність, думки із надзвичайним змістом у високому ступені тісноти кореляційного зв'язку взаємозв'язані з порушенням типу родини, а саме емоційно-відчужденим ($p < 0,01$) напружено-дисоціативним ($p < 0,01$) псевдосолідарним ($p < 0,01$). У свою чергу, труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби – із порушенням взаємовідносин в родині по гіперпротективному ($p < 0,01$) та симбіотичному ($p < 0,01$) типам. Вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, низька соціальна активність в цілому призводять до формування драматизуючого та негативного (деструктивного) відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича ($p < 0,01$). Виявлено, що зростання аутоагресивних тенденцій на тлі знижених показників критики та самооцінки пацієнток призводять до порушень у взаємовідносинах як у суспільстві, так й у родині ($p < 0,01$).

Наступним етапом дослідження стала оцінка та поглиблений аналіз «загального родинного статусу» жінок. У даний статус, за нашою думкою, входять: взаємовідносини у власній родині (чоловік та діти), взаємовідносини із батьківською родиною (власними батьками), взаємовідносини із іншими членами родини (найближчі родичі), із точки зору ефективності гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації. За результатами досліджень надана характеристика порушень «загального родинного функціонування» у жінок із точки зору гендероспецифічного підходу, а саме:

1) за горизонтальним напрямком відносин (взаємовідносини із чоловіком) – некомунікативність та відчуття ворожості у спілкуванні.

Зниження вимогливості до жінки – позиція чоловіка до жінки як до тяжко хворої людини із обов'язковим зняттям із неї окремих функцій по веденню домашнього господарства, виховуванню дітей, професійного навантаження і т. ін.;

2) за вертикальним напрямком відносин (власними батьками) – батьки втілюють у відношеннях із хворою, але дорослою дитиною стиль життя, спрямований на повну опіку, а не на «самостійне», хоча й більш «проблемне» життя. У даному випадку посилюються явища дезадаптації у всіх сферах функціонування, створюючи замкнуте коло проблем, пов'язаних із взаємовідносинами у власній родині. Так, опікування жінки батьками призводить до нівелювання навичок самостійно вести господарство та т. ін.;

3) за «першим діагональним» напрямком» відносин – відносини із власними дітьми. Даний напрямок, на наш погляд, є самостійним й важливим з точки зору копіювання дітьми відношення до хворої матері чоловіка та її батьків. Якщо ці відношення супроводжуються гіперопікою, у дитині порушується сприйняття образу матері як авторитетної зрілої та досвідченої людини (так як їй постійно необхідна допомога у нескладних речах й ситуаціях);

4) за «другим діагональним напрямком» відносин – відносини із членами родини (найближчі родичі). Даному напрямку необхідно віддати найважливіше прогностичне значення як маркера збереженості потенціалу спілкуванні у соціумі. На наш погляд, відношення із найближчими родичами є індикатором, на якому повинні будуватися гендерноспецифічні заходи психосоціальної реабілітації, так як у випадку психічного захворювання, вони руйнуються у першу чергу (у другу чергу руйнуються відносини з дітьми та чоловіком й у останню – із батьками). Розподіл обстежених за структурою «загального родинного функціонування» відображено у табл. 3.

Представлені у табл. 3 дані свідчать, що серед досліджених жінок погані відносини спостерігалися: у власній родині – у 24,9%, у відносинах з батьками – 20,0%, у відносинах із іншими родичами – 19,0% ($p < 0,01$). Нейтральні відносини спостерігалися: у власній родині – у 53,5%, у відносинах з батьками – 55,0%, у відносинах із іншими родичами – 64,5% ($p < 0,01$). Добрі відносини спостерігалися: у власній родині – у 22,5%, у відносинах з батьками – 25,0%, у відносинах із іншими родичами – 16,5% ($p < 0,01$). Даний розподіл вказує на те, що лише третина жінок має основу для психосоціального втручання на усіх ланках функціонування ($p < 0,01$).

Структура «загального родинного функціонування» обстежених

Показник	ОГ								
	Відносини у власної родині			Відносини із батьками			Відносини із іншими родичами		
	Абс.ч.	%	±m	Абс.ч.	%	±m	Абс.ч.	%	±m
Погані	29	24,2	4,3	24	20,0	4,0	23	19,0	3,9
Нейтральні	64	53,3	5,0	66	55,0	5,0	78	64,5	4,8
Добрі	27	22,5	4,2	30	25,0	4,3	20	16,5	3,7
Всього	120	100,0	–	120	100,0	–	120	100,0	–
χ^2, p	51,3; (p<0,01)								
Показник	ГП								
	Відносини у власної родині			Відносини із батьками			Відносини із іншими родичами		
	Абс.ч.	%	±m	Абс.ч.	%	±m	Абс.ч.	%	±m
Погані	51	46,4	5,0	55	50,0	5,0	58	52,7	5,0
Нейтральні	45	40,9	4,9	43	39,1	4,9	42	38,2	4,9
Добрі	14	12,7	3,3	12	10,9	3,1	10	9,1	2,9
Всього	110	100,0	–	110	100,0	–	110	100,0	–
χ^2, p	51,3; (p<0,01)								

За результатами дослідження нами розраховано показник «потенціал відбудови соціального функціонування» – ПВСФ (рис. 3), як один із

важливих чинників, на якому базується розробка гендерспецифічних заходів комплексної терапії.

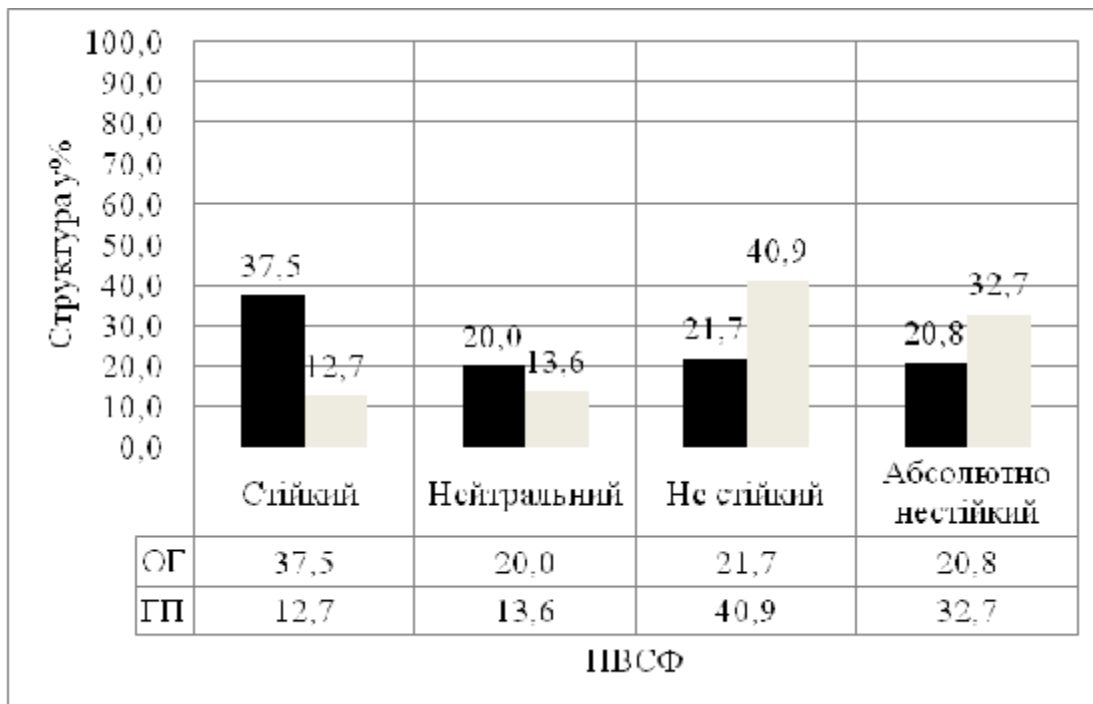


Рис. 3. Структура ПВСФ у досліджених ОГ та ГП

Представлені на рис. 3 дані свідчать, що ПВСФ серед досліджених ОГ та ГП значно відрізнявся. Так, серед досліджених ОГ спостерігалася наступна структура ПВСФ: стійкий – 37,5%, нейтральний – 20,0%, не стійкий – 21,7%, абсолютна не стійкий – 20,0%. Серед досліджених ГП, відповідно, 12,7%, 13,6%, 40,9%, 32,7% ($p < 0,05$).

Узагальнюючи вищенаведене, можна стверджувати, що за результатами дослідження надано характеристику клініко-психопатологічним чинникам та показникам родинного та соціального функціонування, які мають достовірний вплив на формування ГДСФ аспекті їх здатності викликати той чи інший ступень ГДСФ або, навпаки, блокувати його виникнення. При легкому ступені ГДСФ ($n=47$ осіб, 39,2%) виражність чинників

дезадаптації легка, а їх кількість незначна. При помірному ступені ГДСФ ($n=51$ пацієток, 42,5%) виражність чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. При тяжкому ступені ГДСФ ($n=22$ хворих, 18,3%) виражність чинників дезадаптації максимально виражена, а їх кількість зменшується.

За результатами дослідження запропоновано показник «потенціал відбудови соціального функціонування» – ПВСФ, як один із важливих чинників, на якому базується розробка гендероспецифічних заходів комплексної терапії, який значно відрізняється у жінок і чоловіків: жінки мають більше можливостей відновлення соціального функціонування та підвищення якості життя за рахунок збереженості здатності до відновлення потенціалу функціонування.

Н.М. Юрьева

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ГЕНДЕРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Изучены взаимосвязи клинико-психопатологических и психосоциальных особенностей в возникновении гендероспецифической дезадаптации социального функционирования у пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Установлено, что женщины, в отличие от мужчин, страдающих шизофренией, имеют больше возможностей восстановления социального функционирования и повышения качества жизни за счет сохранения способности к восстановлению потенциала функционирования. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 48-57).

N.M. Yrieva

CORRELATIONS BETWEEN CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN GENESIS OF DES ADAPTATION AND SOCIAL FUNCTIONING, IN WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

SI "Crimean State Medical University named S.I. Georgievskii"

Based on clinical, psychopathological and psychological examination of 120 women (study group, CO) and 110 men (comparative group GP), patients with paranoid schizophrenia were established and differentiated depending on the severity of the impact clinical psychopathology and psychosocial factors (social and family). Their interaction influenced to desadaptation and social functioning in women with paranoid schizophrenia.

Types of violations of the "general family functioning" in women are following: 1) the horizontal relationship direction (the relationship with her husband), 2) the vertical relationship direction (their parents), 3) for the "first diagonal" - relations with their children, and 4) for the "second diagonal" direction of relationships - relationships with family members (immediate family). This study proposed indicator "potential reconstruction of social functioning" as one of the important factors, which is based on the development of measures desadaptation and social functioning, which is significantly different in men and women: women have more opportunities to restore social functioning and quality of life through the preservation ability potential to restore function. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 48-57).

Література

1. Грошев И. В. Геномика психических заболеваний: исследование половозрастных и гендерных аспектов / И. В. Грошев // Врач. — 2012. — № 9. — С. 14 – 17.

2. Yang X. Behavioral concordance with sex role ideology related to play areas, creativity, and parental sex typing in children / X. Yang // Genome Res. — 2008. — Vol. 36, № 8. — P. 1018 – 1035.

3. Марута Н. О. Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології / Н. О. Марута, Л. Т. Сновида, М. М. Денисенко, Ю. В. Ніканорова // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 201 – 202.

4. Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder / A. Vaskinn, K. Sundet, C. Simonsen [et al.] // Neuropsychology. — 2011. — Volume 25, № 4. — P. 499 – 510.

5. Karilampi U. Cognition and global assessment of functioning

in male and female outpatients with schizophrenia spectrum disorders / U. Karilampi, L. Helldin, T. Archer // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2011. — Volume 199, № 7. — P. 445 – 448.

6. Gender Differences in Neuropsychological Performance across Psychotic Disorders – a Multi-Centre Population Based Case-Control Study / J. Zanelli [et al.] // PLoS One. — 2013. — Vol. 28. — P. 8 – 10.

7. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis : A Comprehensive Literature Review [Electronic resource] / S. Ochoa, J. Usall, J. Cobo [et al.] // Schizophrenia Research and Treatment. — 2012. — Vol. 2012. — Article ID 916198. — Access mode : <http://dx.doi.org/10.1155/2012/916198>

8. Complex interaction between symptoms, social factors, and gender in social functioning in a community-dwelling sample of schizophrenia / F. Vila-Rodriguez, S. Ochoa, J. Autonell [et al.] //

Psychiatric Quarterly. – 2011. – Vol. 82, № 4. – P. 261 – 274.

9. Age of onset of a first psychotic episode: are there any clinical differences between men and women? / A. Barajas, I. Bacos, S. Ochoa [et al.] // *Psiquiatria Biologica*. – 2007. – Vol. 14, № 4. – P. 136 – 141.

10. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study [Electronic resource] / B. Carpiniello, F. Pinna, M. Tusconi [et al.] // *Schizophrenia Research and Treatment*. – 2012. – Vol. 2012, Article ID 576369. – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/576369>

11. Abel K. M. Sex differences in schizophrenia / K. M. Abel, R. Drake, J. M. Goldstein // *Int Rev Psychiatry*. – 2010. – Vol. 22 (5). – P. 417 – 428.

12. Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultra-high risk for developing a psychotic disorder / R. K. Willhite, T. A. Niendam, C. E. Bearden [et al.] // *Schizophrenia Res.* – 2008. – Vol. 104. – P. 237 – 245.

13. Mendrek A. Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? / A. Mendrek // *Expert Rev Neurother.* – 2011. – vol. 11 (7). – P. 891 – 903.

Поступила в редакцию 21.02.2014