

Н. М. Юр'єва

**ГЕНДЕРНОСПЕЦИФІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ
ТА ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ І ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Н. М. Юрьева

**ГЕНДЕРНОСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА
И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

N. M. Yurieva

**GENDER DUE TO SPECIFIC EXCLUSION OF SOCIAL FUNCTIONING IN WOMEN
AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: ANALYSIS OF THE PHENOMENON
AND FEATURES THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**

На підставі комплексного клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного й соціально-демографічного обстеження 230 пацієнтів з параноїдною шизофренією, серед яких були 120 жінок (основна група) та 110 чоловіків (група порівняння), встановлені гендерноспецифічні клініко-психопатологічні особливості перебігу параноїдної шизофренії, а також розбіжності соціального й родинного функціонування та якості життя пацієнтів, що стало підставою для наукового обґрунтування підходів до гендерноспецифічної терапії та розроблення гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Обсяг і зміст заходів, основу яких складають психоосвіта, групова, поведінкова і сімейна психотерапія, запропоновано визначати в залежності від ступеня гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування: при легкому ступені (39,2 %) — менші за обсягом, але широкі за змістом психосоціальні заходи, що охоплюють усі сфери функціонування жінки та мають максимальну соціальну спрямованість; при помірному ступені (42,5 %) — ширші за обсягом, проте, більш вузькі за змістом психосоціальні заходи, які охоплюють уражені сфери функціонування та мають конкретну спрямованість на відновлення втрачених навичок та підтримку максимально можливого рівня незалежного існування; при важкому ступені (18,3 %) — максимально широкі за обсягом, проте, вузькі за змістом, психосоціальні заходи, спрямовані на максимальне відновлення наявних дефектів функціонування, зокрема, навичок самообслуговування.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування, жінки, терапія, реабілітація

На основани комплексного клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного 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%) — меньшие по объему, но широкие по содержанию психосоциальные мероприятия, охватывающие все сферы функционирования женщины и имеющие максимальную социальную направленность; при умеренной степени (42,5 %) — шире по объему, однако, более узкие по содержанию 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 мероприятия, направленные на максимальное восстановление имеющихся дефектов функционирования, в частности, навыков самообслуживания.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гендерноспецифическая дезадаптация социального функционирования, женщины, терапия, реабилитация

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.

Keywords: paranoid schizophrenia, gender due to specific exclusion of social functioning, women, therapy, rehabilitation

Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їхніх близьких, а й для суспільства, держави в цілому. Шизофренія, як жодне інше психічне захворювання, супроводжується порушенням соціального функціонування (СФ) — де-стабілізацією особистісних відносин, відривом від сім'ї, суспільства, спотворенням звичних форм діяльності, спілкування. Соціальна дезадаптація в результаті хвороби, що тягне за собою інвалідизацію, насамперед, молодих і активних у фізичному плані осіб, веде до величезних економічних витрат суспільства [1, 2].

В останні десятиліття в усьому світі відзначається підвищення інтересу до питань соціального функціонування та якості життя пацієнтів [3—8]. 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 [9], але оптимальні результати досягаються лише в поєднанні із заходами психосоціальної реабілітації [10—14], ефективність яких значно підвищується за умови їх специфічності для окремих контингентів пацієнтів. Однак, розроблення питань терапії та психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію здійснюється на теперішній час або без врахування гендерного чинника, або спрямована на контингент пацієнтів-чоловіків [15—17].

Між тим, на сучасному етапі розвитку психіатричної науки доведено, що клінічні прояви та прогноз шизофренії у жінок відрізняються від таких у чоловіків. В науковій літературі є дані щодо існування гендерних відмінностей клініки, перебігу та вікових особливостей шизофренії [18—21]. Так, шизофренія у чоловіків частіше має безперервний перебіг, починається в молодшому віці, характеризується зниженням рівня соціальної адаптації в преморбіді, типовими негативними симптомами, а також несприятливим прогнозом. У жінок захворювання починається пізніше, частіше з епізодичним перебігом та вираженим афективним компонентом [22—24].

Зрозуміло, що 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, тому що це дозволяє більш обґрунтовано підходити до розроблення програм психосоціальної реабілітації в залежності не тільки від вираженості шизофренічного процесу, але з урахуванням гендерних особливостей соціального функціонування і якості життя хворих на шизофренію. Визначене обумовлює необхідність та актуальність проведення даної роботи.

Мета дослідження — на основі зіставлення клініко-психопатологічних та психосоціальних особливостей у жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, виокремити специфіку цих проявів у жінок та розробити підходи до їх психосоціальної реабілітації.

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 — $19,7 \pm 1,9$ роки, 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.

Середній вік респондентів-чоловіків склав $36,1 \pm 2,8$ роки, середня тривалість хвороби — $12,9 \pm 1,3$ роки, середній вік маніфестації захворювання — $21,3 \pm 1,1$ роки; інвалідність мали 78,2 % обстежених. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала $59,1 \pm 18,2$ 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 оброблення 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, під час впровадження та оцінювання ефективності розроблених ГЗПР, ОГ була поділена на дві групи: 70 пацієнток склали групу гендерноспецифічної психосоціальної реабілітації (ГГПР), інші 50 осіб, які стали контрольною групою, отримували стандартну регламентовану терапію (ГСРТ).

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 нейролептичної 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» (В. А. Абрамов зі співав., 2009); г) типу ставлення родичів до хвороби респондентів (ТСП), що проводилось з використанням «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В. А. 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 вносили в спеціально створену базу даних з використанням системи керування базами даних MS Access v.8 for Windows 95. Формування зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Аналіз, оброблення й розрахунок відсоткових характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювали за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows.

За провідним психопатологічним синдромом достовірних розбіжностей між обстеженими різних груп не встановлено: депресивно-параноїдний синдром діагностовано у 13,3 % жінок і 10,9 % чоловіків, астеничний — у 15 % осіб ОГ і 15,5 % ГП, галюцинаторно-параноїдний — у 19,2 % пацієток 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 виокремлено 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 % пацієток 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 ступеня 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 бесіди — 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 % осіб ОГ й 40,7 % осіб ГП. При цьому досліджувані ГП у порівнянні із особами 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 ступеня 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, загальнопсихопатологічних синдромів — ОГ — 5,6, ГП — 5,0.

За результатами порівняльного аналізу клініко-психопатологічних проявів ПШ виявлені їх такі 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 загальнопсихопатологічної симптоматики з переважанням вивченого її ступеня.

Вивчення ЯЖ з порівнянням середніх оцінок стану його структурних складових, довело наявність розбіжностей в обстежених різних груп: міжособистісні відносини — ОГ — 3,0 бали, ГП — 2,3 бали; здатність до професійної/рольової діяльності — ОГ — 3,5 бали, ГП — 3,3 бали; інші симптоми — ОГ — 4,1 бали, ГП — 3,3 бали; загальний середній бал ЯЖ — ОГ — 3,5 бали, ГП — 3,0 бали (достовірність розбіжностей показників між сферами дорівнювала від $p < 0,05$ до $p < 0,001$). Отже, в цілому, досліджувані 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 ураження 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 індивідуальності 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 розроблення гендерно-специфічних 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-дисоціативний ТР — 12,5 % ОГ й 17,3 % ГП; псевдосоціативний 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 родича демонстрували 20 % родин ОГ й 4,5 % ГП; драматизуючий ТСР — 33,3 % ОГ й 36,4 % ГП; негативний (деструктивний) ТСР — 46,7 % ОГ

й 59,1 % ГП. Отже, родинне функціонування у жінок виявилось більш адекватним, ніж у чоловіків: серед родин жінок гармонійний ТР спостерігався 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 спричинити той чи інший її ступінь (табл. 1).

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 %
Клініко-психопатологічні чинники			
стійкість синдромів / стабільність клінічної картини	–	+	+
ступінь вираженості позитивних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
галюцинаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром	+	+	+
ступінь проявів негативних синдромів	–	помірний, виражений	виражений
емоційна відгородженість	+	+	+
сплощення афекту	–	+	–
пасивно-апатичний соціальний відхід	–	+	+
ступінь вираженості загальнопсихопатологічних синдромів	помірний	помірний, виражений	виражений
тривога	+	+	–
відчуття провини	–	+	–
манерність й поза	–	+	–
епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	–	+	+
вік 50—59 років з епізодичним та прогредієнтним типами перебігу	–	+	+
Психосоціальні чинники			
міжособистісні відносини (QLS)	викривлення, 4—6 балів	деструкція, 2,0—3,9 бали	руйнація, 0—1,9 бали
професійна діяльність (QLS)	викривлення, 4—6 балів	деструкція, 2,0—3,9 бали	руйнація, 0—1,9 бали
інші симптоми (QLS)	викривлення, 4—6 балів	деструкція, 2,0—3,9 бали	руйнація, 0—1,9 бали
порушення когнітивної діяльності (SWN-S)	–	+	+
нездатність до самоконтролю (SWN-S)	+	+	+
нездатність до регулювання емоцій (SWN-S)	+	+	+
самооцінка фізичної активності (SWN-S)	–	+	+
нездатність до соціальної інтеграції (SWN-S)	–	+	+
емоційно-відчужений ТР	–	+	+
напружено-дисоціативний ТР	–	+	+
псевдосолідарний ТР	–	+	–
гіперпротективний ТР	–	+	–
симбіотичний ТР	+	+	–
гармонічний ТР	+	–	–
адекватний ТСР	+	–	–
драматизуючий ТСР	+	+	–
негативний (деструктивний) ТСР	–	+	+
негативні події у дитинстві	+	+	+
виховання та освіта	+	+	+
первинна підтримка оточуючих	+	+	+
сімейні хвороби чи інвалідність	+	+	+
труднощі життєдіяльності	+	+	+

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

До психосоціальних характеристик, стан яких визначає формування легкого ступеня 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 ставлення родини до хвороби жінки; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримці оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

До клініко-психопатологічних показників, які беруть участь у формуванні помірного ступеня ГДСФ, віднесено ($p < 0,05$): стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; помірний та виражений ступінь вираженості позитивних синдромів; галюцинаторна поведінка, параноїдний та депресивний синдром; виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів; емоційна відгородженість; сплюснення афекту; пасивно-апатичний соціальний відхід; помірний та виражений ступінь вираженості загальнопсихопатологічних синдромів; тривога, відчуття провини, манерність й поза; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50—59 років, з епізодичним та прогресивним типами перебігу.

На формування помірного ступеня ГДСФ також мають вплив стан таких 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-відчужений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний ТР; драматизуючий або негативний (деструктивний) ТСР; контекстуальні чинники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримки оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

До клініко-психопатологічних показників, які беруть участь у формуванні вираженого ступеня 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 загальнопсихопатологічних синдромів; епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом; вік 50—59 років, з епізодичним та прогресивним типами перебігу.

До показників соціального й родинного функціонування, стан яких впливає на формування вираженого ступеня 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-відчужений, напружено-дисоціативний, псевдосолідарний, гіперпротективний, симбіотичний ТР; негативний (деструктивний) ТСР; контекстуальні чин-

ники: негативні події у дитинстві, проблеми у вихованні та освіті, первинній підтримці оточуючих, сімейні хвороби чи інвалідність, труднощі життєдіяльності.

Отже, при легкому ступені ГДСФ ($n = 47$ осіб, 39,2 %) вираженість чинників дезадаптації легка, а їхня 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 ($n = 51$ пацієнтка, 42,5 %) вираженість чинників дезадаптації помірна, а їх кількість збільшена максимально. Це пов'язано з тим, що даний ступінь вираженості збігається із часом руйнування навичок незалежного існування в усіх 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 важкому 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 навички/здатності до діяльності або інтересу в окремій сфері функціонування, до якої він належав.

Здатність спричинити або блокувати формування та вираженість ГДСФ ранжовано за інтегральним показником (ІП) на трьох рівнях «ризик виникнення ГДСФ»: перший рівень — імовірний ризик (ІП дорівнює 1—3 бали) — чинники, які порушують СФ «не агресивні», показники, що характеризують ЯЖ, істотно не змінені; другий рівень — наявний ризик (ІП дорівнює 4—6 балів) — чинники, які порушують СФ «агресивні», показники які характеризують ЯЖ, змінені; третій рівень — виражений ризик (ІП дорівнює 7—9 балів) — чинники, які порушують СФ, «дуже агресивні», показники, які характеризують ЯЖ, істотно змінені.

За результатами дослідження нами оцінено так званий «потенціал відбудови соціального функціонування» (ПВСФ), як один із важливих чинників, на якому базується розроблення ГЗПР. В основу розрахунку даного показника покладено ранжування усіх перемінних, які вивчалися (клініко-психопатологічні та психосоціальні) за ступенем їхнього 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 ГЗПР. 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 при побудові ГЗПР.

Отже, за ПВСФ жінки і чоловіки мали значні розбіжності, що було свідченням наявності у жінок більших можливостей відновлення СФ та підвищення ЯЖ (за рахунок збереженості здатності до відновлення потенціалу функціонування): стійкий ПВСФ виявлено у 37,5 % ОГ й 12,7 % ГП; нейтральний — у 20 % ОГ й у 13,6 % ГП; нестійкий — 21,7 % ОГ й 40,9 % ГП; абсолютно нестійкий — 20 % ОГ й 32,7 % ГП.

Обґрунтування підходів та розроблення ГЗПР в комплексному лікуванні жінок, хворих на ПШ, здійснювались 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 ГЗПР, 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 ураженою є сфера їх міжособистісних відносин (рис. 1).

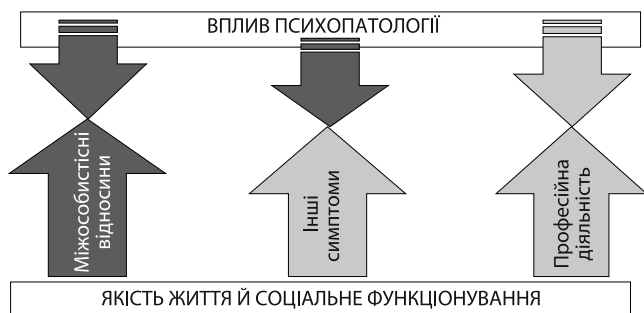


Рис. 1. Вплив психопатології на ЯЖ і СФ жінок, хворих на ПШ: темно-сірий — значний вплив, світло-сірий — помірний вплив, білий — відсутність впливу (такого впливу у досліджуваних не виявлено). ЯКІСТЬ ЖИТТЯ Й СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ: білий — відсутність змін (таких досліджуваних не виявлено), світло-сірий — значні зміни, темно-сірий — дуже значні зміни

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 і 20 % чоловіків), другої (83,3 % жінок і 60 % чоловіків) або першої (20 % чоловіків) групи, — тобто 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 гендерноспецифічних заходів комплексної допомоги у поєднанні із збереженістю навичок професійної/рольової діяльності.

Гендерноспецифічна терапевтична тактика повинна враховувати й специфічний вплив нейрорептичної 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

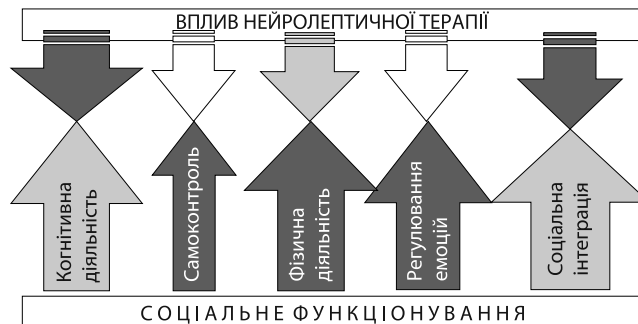


Рис. 2. Вплив нейрорептичної терапії на СФ жінок, хворих на ПШ: темно-сірий — значний вплив, світло-сірий — помірний вплив, білий — відсутність впливу. СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ: білий — відсутність змін (таких досліджуваних не виявлено), світло-сірий — значні зміни, темно-сірий — дуже значні зміни

Нами виокремлені особливості гендерної специфіки щодо переносимості й ефективності антипсихотичної 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 спектра неврологічних, психічних і соматичних побічних ефектів, насамперед, обмінно-ендокринних порушень. Крім того, зафіксована тенденція до більш повільної 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 рівня родинного й СФ; 3) проведення психореабілітаційних заходів із врахуванням взаємовідносин у родині (дезадаптивні ТР і ТСР) з усвідомленням необхідності їх перебудови; 4) спрямування психореабілітаційного впливу на нівелювання негативних наслідків відчуття родинної незадоволеності, яке у є тлом для виникнення ГДСФ.

В цілому, гендерноспецифічні заходи психосоціальної реабілітації жінок, хворих на ПШ, можна подати у такому вигляді.

Етапи психосоціальної реабілітації:

1. Етап активного впливу (визначення характеру і ступеня ГДСФ, обсягу та змісту психосоціального впливу; форми роботи: тренінги соціальних навичок, спілкування, впевненої поведінки, незалежного проживання, психоосвітні програми, навчання стратегії подолання з залишковими психотичними розладами).

2. Етап відновлення та напрацювання нових рольових функцій (відновлення навичок життя безпосередньо у родині та суспільстві з формуванням мотивації на відновлення родинного (рольова родинна роль) та професійного (професійна роль) функціонування).

3. Етап втримання відбудованого родинного та соціального функціонування (емоційна підтримка, самопомога хворих та їх родичів, боротьба зі стигматизацією).

Під час проведення ГЗПР необхідно враховувати низку принципів їх проведення:

1) максимально ранній початок психореабілітаційної роботи;

2) етапність — триетапна система з різними цілями та спрямованістю психореабілітації;

3) індивідуалізованість — вибір форми втручання для конкретної хворої здійснюється відповідно з особливостями встановленого в неї психосоціального дефіциту — рівня та ступеня проявів ГДСФ, ПВСФ;

4) диференційованість — формулювання мети втручання з визначенням періоду часу, протягом якого зазначену мету передбачається досягти.

Базовими видами психосоціального впливу під час проведення ГЗПР є:

1. Групова психотерапія з елементами психоосвіти.

2. Відновлення у хворих навичок соціальних ролей у родині та суспільстві з елементами поведінкової психотерапії.

3. Сімейна психотерапія.

3.1. Психоосвітній підхід є стартовим втручанням на початкових етапах роботи з сім'єю. Відмінності психоосвітніх програм, спрямованих на членів родини, від програм, розроблених для жінок, хворих на ПШ, полягають у такому: а) орієнтація на безпосередню допомогу родині в цілому, а не окремо тільки хворій; б) заперечення «презумпції патологічності» родини; в) акцент на сильні сторони конкретної сім'ї, а не на її недоліки.

3.2. Поведінкова сімейна терапія, головною метою якої є відпрацювання способів ефективної родинної взаємодії між родичами та психічнохворою.

3.3. Використання потенціалу мультиродинних груп. В цьому випадку психосоціальний вплив повинен бути спрямований на: а) зниження родинного стресу у членів сім'ї; б) розуміння психічної хвороби членами родини з метою формування уявлення про хворобу і способи її подолання, забезпечення родичів інформацією щодо етіопатогенезу, перебігу, прогнозу, симптоматології, ефективного керування захворюванням, спрямоване на зниження у них почуття провини, роздратованості та інших емоційних переживань, що призводять до ПЗРФ та формування дезадаптивних ТР й ТСР; в) поліпшення комунікації, навчання навичкам проблемно-вирішальної поведінки, скорочення емоційної дистанції між пацієнткою і родичами, формування адекватних очікувань від жінки щодо рівня її побутового, рольового й родинного функціонування.

Отже, загальні підходи до визначення гендерно-специфічної терапевтичної тактики щодо жінок, хворих на ПШ, полягають в такому.

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

На етапі ГЗПР вибір обсягу і змісту психореабілітаційних впливів здійснюється за певною закономірністю:

- при легкому ступені ГДСФ (39,2 % жінок) — стійкому ПВСФ (37,5 % жінок) менші за обсягом, 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 обсягом, проте, більш вузькі за змістом психосоціальні

заходи, які охоплюють уражені сфери функціонування та мають конкретну спрямованість на відновлення втрачених навичок та підтримку максимально можливого рівня незалежного існування;

- при важкому ступені ГДСФ (18,3 %) — абсолютно нестійкому ПВСФ (20,8 %) максимально широкі за обсягом, проте вузькі за змістом психосоціальні заходи, спрямовані на максимальне відновлення наявних дефектів функціонування, зокрема, навичок самообслуговування та т. ін.

На етапі оцінки ефективності серед хворих ГГПР і ГСРТ мав місце такий розподіл за вираженістю ГДСФ: легкий ступінь ГДСФ — 30 пацієнток (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 бали, ГСРТ — 2,6 бали), здатність до виконання професійної й рольової діяльності (ГГПР — 3,8 бали, ГСРТ — 3,3 бали), інші симптоми (ГГПР — 3,9 бали, ГСРТ — 3,3 бали), загальний середній бал якості життя (ГГПР — 3,8 бали, ГСРТ — 3,1 бали).

У досліджуваних 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 покращання родинного функціонування та трансформація дезадаптивних ТР (емоційно-відчужений — 14 % ГГПР; напружено-дисоціативний — 16 % ГСРТ) в бік відносно адаптивних (псевдосолидарний — 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 гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації хворі на параноїдну шизофренію мали більш збережений особистісний досвід, якість міжособистісних відносин, здатність до професійного і продуктивності рольового функціонування.

Список літератури

1. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні [Текст] / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.
2. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення [Текст] / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Там само. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.
3. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии [Текст] / Н. А. Марута // Нейропьюс. — 2013. — № 8 (53). — С. 16—20.

4. Пріб Г. А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих (діагностика, клініка, реабілітація) [Текст] / Г. А. Пріб. — К.: ІПК ДСЗУ, 2012. — 380 с.
5. Денисов Є. М. Порівняльна оцінка клініко-психопатологічних особливостей, якості життя та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу [Текст]: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Є. М. Денисов; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» — Х., 2009. — 20 с.
6. Sex differences in neuropsychological performance and social functioning in schizophrenia and bipolar disorder [Text] / A. Vaskinn, K. Sundet, C. Simonsen [et al.] // *Neuropsychology*. — 2011. — Vol. 25, № 4. — P. 499—510.
7. Karilampi U. Cognition and global assessment of functioning in male and female outpatients with schizophrenia spectrum disorders [Text] / U. Karilampi, L. Helldin, T. Archer // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2011. — Vol. 199, № 7. — P. 445—448.
8. Bottlender R. Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission [Text] / R. Bottlender, A. Straub, H. J. Möller // *Schizophrenia Research*. — 2010. — Vol. 116, № 1. — P. 9—15.
9. Вербенко В. А. Психопатологія та лікування лікарсько-індукованих рухових розладів при шизофренії [Текст] / В. А. Вербенко, О. В. Плотнікова // *Український вісник психоневрології*. — Т. 19, вип. 4 (69) — 2011. — С. 60—65.
10. Кожина А. М. Психосоціалізація в комплексній терапії хворих на шизофренію [Текст] / А. М. Кожина, М. В. Маркова // VI Національний конгрес «Людина та ліки — Україна»: тези доповідей. — К., 2013. — С. 29.
11. Кожина А. М. Эффективность арт-терапии в комплексном лечении больных шизофренией [Текст] / А. М. Кожина, М. В. Маркова // *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. — 2013. — № 2 (20). — С. 45—47.
12. Маркова М. В. Психосоціалізація сімейна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію [Текст] / М. В. Маркова, А. М. Кожина // *Український вісник психоневрології*. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 198.
13. Марута Н. А. Комплекс психосоціальних тренінгов для пацієнтів з першим психотичним епізодом: метод. пособие [Текст] / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. — Х., 2010. — 95 с.
14. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) [Текст] / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва, Т. В. Панько [та ін.]. — Х., 2010. — 31 с.
15. Ряполова Т. Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 [Текст] / Т. Л. Ряполова; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Х., 2010. — 32 с.
16. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис.

на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 [Текст] / В. О. Діхтяр; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. — К., 2010. — 24 с.

17. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація хворих на шизофренію: монографія [Текст] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецьк: «Каштан», 2009. — 584 с.
 18. Gender Differences in Neuropsychological Performance across Psychotic Disorders — a Multi-Centre Population Based Case-Control Study [Text] / [J. Zanelli, K. Morgan, P. Dazzan et al.] // *PLoS One*. — 2013. — Vol. 28. — P. 8—10.
 19. 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. — Mode of access: URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/916198>
 20. Complex interaction between symptoms, social factors, and gender in social functioning in a community-dwelling sample of schizophrenia [Text] / F. Vila-Rodriguez, S. Ochoa, J. Autonell [et al.] // *Psychiatric Quarterly*. — 2011. — Vol. 82, № 4. — P. 261—274.
 21. Abel K. M. Sex differences in schizophrenia [Text] / K. M. Abel, R. Drake, J. M. Goldstein // *Int Rev Psychiatry*. — 2010. — Vol. 22 (5). — P. 417—428.
 22. Testosterone Is Inversely Related to Brain Activity during Emotional Inhibition in Schizophrenia [Text] / A. Vercammen, A. J. Skilleter, R. Lenroot [et al.] // *PLoS One*. — 2013. — Vol. 31. — P. 8—10.
 23. Stevens J. S. Sex differences in brain activation to emotional stimuli: a meta-analysis of neuroimaging studies [Text] / J. S. Stevens, S. Hamann // *Neuropsychologia*. — 2012. — Vol. 50 (7). — P. 1578—1593.
 24. Emotion processing in women with schizophrenia is menstrual cycle phase and affective valence dependent: an fMRI study [Electronic resource] / A. Mendrek, J. Bourque, A. Dubé [et al.] // *ISRN Psychiatry*. — 2012. — doi: 656274. — Mode of access: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23738207>
- Надійшла до редакції 21.03.2014 р.*
-
- ЮР'ЄВА Наталія Михайлівна**, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, наркології з курсами загальної та медичної психології Державної установи «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського», м. Сімферополь; e-mail: nataly-you@rambler.ru
-
- YURIEVA Nataliia Mykhailivna**, MD, Postgraduate Student of Department of psychiatry, psychotherapy, drug treatment with a course of general and medical psychology, State Institution "Crimean State Medical University named after S. I. Georgievskiy", Simferopol'; e-mail: nataly-you@rambler.ru