

В. А. Вербенко, Н. М. Юр'єва
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ,
 ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В АСПЕКТІ ЇХ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ**

В. А. Вербенко, Н. М. Юр'єва
**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН,
 БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В АСПЕКТЕ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

V. A. Verbenko, N. M. Yurieva
**CLINICAL FEATURES PSYCHOPATHOLOGY OF WOMEN AND MEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA,
 IN ASPECTS OF THEIR SOCIAL EXCLUSION**

На основі клініко-психопатологічного й психометричного (шкала PANSS) обстеження 120 жінок та 110 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, встановлені гендерні клініко-психопатологічні особливості перебігу та клінічних проявів параноїдної шизофренії, що впливають на рівень їх соціального функціонування.

Встановлено, що під час розроблення заходів психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію, треба враховувати такі гендерні клініко-психопатологічні відмінності: більшу, порівняно з чоловіками, тривалість ремісії, меншу 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 — сплюснення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення) та приблизно рівномірну розповсюдженість загальнопсихопатологічної симптоматики з переважанням вираженого ступеня з усієї сукупності встановлених синдромів.

Найявні гендерні клініко-психопатологічні розбіжності обумовлюють відносно меншу соціальну дезадаптацію жінок у суспільстві, порівняно з чоловіками, що потребує врахування при обґрунтуванні підходів до гендерно-специфічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, клініко-психопатологічні особливості, жінки, чоловіки, соціальне функціонування

На основе клинико-психопатологического и психометрического (шкала PANSS) обследования 120 женщин и 110 мужчин, больных параноидной шизофренией, установлены гендерные клинико-психопатологические особенности течения и клинических проявлений параноидной шизофрении, влияющие на уровень их социального функционирования.

Установлено, что при разработке мер психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией, надо учитывать следующие гендерные клинико-психопатологические различия: большую, по сравнению с мужчинами, продолжительность ремиссии, меньшую выраженность и разнообразие позитивных (у женщин — галлюцинаторная поведение, у мужчин — бред, концептуальная дезорганизация, враждебность) и негативных синдромов (у женщин — трудности в абстрактном мышлении, недостаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления, у мужчин — уплощение аффекта, эмоциональная отгороженность, недостаточный рапорт, пассивно-апатичный социальный уход, трудности в абстрактном мышлении, недостаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления) и примерно равномерную распространенность общепсихопатологической симптоматики с преобладанием выраженной степени из всей совокупности установленных синдромов.

Имеющиеся гендерные клинико-психопатологические различия обуславливают относительно меньшую социальную дезадаптацию женщин в обществе, по сравнению с мужчинами, что требует учета при обосновании подходов к гендерноспецифической терапии и психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, клинико-психопатологические особенности, женщины, мужчины, социальное функционирование

Based on clinical and psychometric and psychopathological (scale PANSS) survey of 120 women and 110 men, patients with schizophrenia paranoia set gender clinical psychopathological features of the course and clinical implications for women and men affecting the level of social functioning.

It was established that the development of measures of psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoia schizophrenia should consider the following clinical and psychopathological gender differences: more than men, duration of remission, and a variety of lesser severity of positive (women — hallucinatory behavior, men — delirium, conceptual disorganization, hostility) and negative syndrome (in women — the difficulty in abstract thinking, lack of spontaneity and smooth talk, stereotypical thinking, men — flattening of affect, insufficient report, passive-apathetic social retreat, difficulty in abstract mental, lack of spontaneity and smooth talk, stereotypical thinking) and approximately uniform general prevalence of positive symptoms dominated pronounced degree from the totality of established syndromes.

Available clinical and psychopathological gender differences contribute relatively less social exclusion of women in society than men, which requires consideration of the justification gender specificity approaches to therapy and psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoia schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, clinical and psychopathological features, women, men, social functioning

Психічні розлади спостерігаються у людей в усюму світі, незалежно від вікових, статевих, культуральних аспектів, соціально-економічного устрою та суспільної організації [1, 2]. Між тим, дослідниками встановлена низка загальних закономірностей розподілу та перебігу окремих форм психічної патології, зокрема, тих,

що знаходяться в площині гендерних особливостей. В першу чергу це стосується, звісно, афективних розладів та суїцидальної поведінки [3—8].

Між тим, в науковій літературі є дані щодо існування гендерних відмінностей клініки, перебігу та вікових особливостей шизофренії [9—16]. Однак, незважаючи на це, розроблення питань терапії та психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію здійснюється на тепе-

ршній час або без урахування гендерного чиннику, або спрямовані на контингент пацієнтів-чоловіків [17—23].

Отже, з метою встановлення клініко-психопатологічних особливостей жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, в аспекті їх соціальної дезадаптації, на базі Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» нами проведено клініко-психопатологічне та психометричне (з використанням шкали PANSS) обстеження 120 жінок (основна група, ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння, ГП), хворих на параноїдну шизофренію.

Дослідження типу перебігу параноїдної шизофренії та провідних клінічних синдромів в ОГ та ГП було здійснено за допомогою власно клініко-психопатологічного обстеження та експертного аналізу історій хвороб та амбулаторних карт хворих із пошуковою глибиною 4 роки. З розподілу хворих жінок та чоловіків за віком та типом перебігу шизофренії (табл. 1) випливає, що в цілому серед пацієнтів в обох групах за віком та типом перебігу параноїдної шизофренії істотних відмінностей не спостерігалось. Така ситуація свідчить про однорідність вибірки, що надає можливість вивчати та аналізувати клініко-психопатологічні особливості хворих. Можна відмітити, що серед осіб у віці 50—59 років відносно високий відсоток, у порівнянні із іншими типами перебігу шизофренії, склав епізодичний з прогресивним типом перебігу шизофренії, а саме: у ОГ — 37,1 %, у ГП — 32,4 %.

Таблиця 1

Розподіл хворих жінок та чоловіків за віком та типом перебігу параноїдної шизофренії

Вік, роки	Основна група					
	Тип перебігу					
	F 20.00 (n = 44)		F 20.01 (n = 35)		F 20.02 (n = 41)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
20—29	11	25,0 ± 4,3	6	17,1 ± 3,8	10	24,4 ± 4,3
30—39	10	22,7 ± 4,2	7	20,0 ± 4,0	11	26,8 ± 4,4
40—49	11	25,0 ± 4,3	9	25,7 ± 4,4	9	22,0 ± 4,1
50—59	12	27,3 ± 4,5	13	37,1 ± 4,8	11	26,8 ± 4,4
Вік, роки	Група порівняння					
	Тип перебігу					
	F 20.00 (n = 37)		F 20.01 (n = 34)		F 20.02 (n = 39)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
20—29	9	24,3 ± 4,3	6	17,6 ± 3,8	9	23,1 ± 4,2
30—39	9	24,3 ± 4,3	8	23,5 ± 4,2	12	30,8 ± 4,6
40—49	10	27,0 ± 4,4	9	26,5 ± 4,4	9	23,1 ± 4,2
50—59	9	24,3 ± 4,3	11	32,4 ± 4,7	9	23,1 ± 4,2

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,001$

В цілому у досліджених групах у пацієнтів за ступенем прояву переважали параноїдний (ОГ — 27 (22,5 ± 4,2 %), ГП — 26 (23,6 ± 4,2 %)) та депресивний (ОГ — 36 (30,0 ± 4,6 %) та у ГП — 34 (30,9 ± 4,6 %)) синдроми.

Дослідження синдромів у динаміці, тобто порівняння зміни синдромів за досліджуваний період — у період госпіталізації та за даними медичної документації — свідчить про відносну стабільність у пацієнтів клінічної картини ($p < 0,001$). Вищевказані синдроми виявлено при безперервному (F 20.00), епізодичному

з прогресивним перебігом (F 20.01) та епізодичному перебігу зі стабільним дефектом (F 20.02) параноїдної шизофренії ($p < 0,001$).

Таблиця 2

Розподіл хворих жінок та чоловіків за провідним синдромом параноїдної шизофренії

Провідний синдром	Основна група (n = 120)		Група порівняння (n = 110)	
	абс.	% ± m	абс.	абс. ± m
Депресивно-параноїдний	16	13,3 ± 3,4	12	10,9 ± 3,1
Астенічний	18	15,0 ± 3,6	17	15,5 ± 3,6
Галюцинаторно-параноїдний	23	19,2 ± 3,9	21	19,1 ± 3,9
Параноїдний	27	22,5 ± 4,2	26	23,6 ± 4,2
Депресивний	36	30,0 ± 4,6	34	30,9 ± 4,6

Результати аналізу клініко-психопатологічних проявів параноїдної шизофренії за типом перебігу та провідним клінічним синдромом у хворих жінок та чоловіків (табл. 3) свідчать, що з усієї сукупності обстежених ОГ (120 хворих) частка синдромів при безперервному перебігу склала 40 (33,3 ± 4,7 %), при епізодичному з прогресивним перебігом — 39 (32,5 ± 4,7 %), при епізодичному зі стабільним дефектом — 41 (34,2 ± 4,7 %). В цілому наведений розподіл показує наявність пацієнтів як з наростаючою симптоматикою, так й з відносно стабільним дефектом.

Таблиця 3

Розподіл хворих жінок та чоловіків за типом перебігу параноїдної шизофренії та провідним клінічним синдромом

Синдром	Основна група (n = 120)					
	Тип перебігу					
	F 20.00 (n = 40)		F 20.01 (n = 39)		F 20.02 (n = 41)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
ДП (n = 17)	6	35,3 ± 4,8	5	29,4 ± 4,6	6	35,3 ± 4,8
А (n = 17)	6	35,3 ± 4,8	6	35,3 ± 4,8	5	29,4 ± 4,6
ГП (n = 22)	6	27,3 ± 4,5	7	31,8 ± 4,7	9	40,9 ± 4,9
П (n = 29)	9	31,0 ± 4,6	10	34,5 ± 4,8	10	34,5 ± 4,8
Д (n = 35)	13	37,1 ± 4,8	11	31,4 ± 4,6	11	31,4 ± 4,6
Синдром	Група порівняння (n = 110)					
	Тип перебігу					
	F 20.00 (n = 40)		F 20.01 (n = 35)		F 20.02 (n = 35)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
ДП (n = 15)	6	40,0 ± 4,9	5	33,3 ± 4,7	4	26,7 ± 4,4
А (n = 20)	7	35,0 ± 4,8	7	35,0 ± 4,8	6	30,0 ± 4,6
ГП (n = 21)	6	28,6 ± 4,5	7	33,3 ± 4,7	8	38,1 ± 4,9
П (n = 23)	8	34,8 ± 4,8	7	30,4 ± 4,6	8	34,8 ± 4,8
Д (n = 31)	13	41,9 ± 4,9	9	29,0 ± 4,5	9	29,0 ± 4,5

Примітка. ДП — депресивно-параноїдний; А — астенічний; ГП — галюцинаторно-параноїдний; П — параноїдний; Д — депресивний. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,001$

Дослідження виявлених клініко-психопатологічних розбіжностей у пацієнтів ОГ та ГП обумовило подальшу їх оцінку з точки зору їх впливу на соціальну адаптацію пацієнтів та розроблення гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації в їх комплексному лікуванні.

Виявлено, що в цілому глибина ремісії у досліджуваних відрізнялася. Так, у пацієток ОГ вона склала від 2,0 до 3,0 років (у середньому 2,5 роки), у пацієнтів ГП, відповідно, від 1,0 до 2,0 років (у середньому 1,5 роки), що, на нашу думку, свідчить про її нестійкість в обох групах. Проте, більш глибока ремісія у жінок ОГ потребує й розроблення адекватних у часі (більш тривалих, комплексних та гендерноспецифічних) заходів психосоціальної реабілітації.

Наступним аспектом дослідження з метою виявлення впливу гендерних клініко-психопатологічних особливостей на формування порушень соціального функціонування та зниження якості життя у хворих жінок, які страждають на параноїдну шизофренію, стало вивчення глибини клінічної психопатологічної симптоматики, а саме оцінка ступеня тяжкості, яка здійснювалася за допомогою шкали PANSS, з аналізом структури симптомів, з розрахунком відносного відсотку за окремими шкалами. З розподілу середнього

значення та структури синдромів у жінок та чоловіків (шкала PANSS) (табл. 4) видно, що у досліджуваних ОГ серед позитивних синдромів, що значно впливають на соціальне функціонування та якість життя, виокремлено лише галюцинаторну поведінку P3 — 6 балів, 17,1 ± 3,8 %. У свою чергу, у ГП виявлено, відповідно: марення (P1 — 6 балів, 16,7 ± 3,7 %), концептуальна дезорганізація (P2 — 6 балів, 16,7 ± 3,7 %), ворожість (P2 — 6 балів, 16,7 ± 3,7 %). Серед негативних синдромів у досліджуваних ОГ та ГП рівномірно переважали усі негативні прояви сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення ($p < 0,001$). За аналізом ступеня вираженості загальнопсихопатологічних синдромів у ОГ виявлено переважання тривоги, відчуття провини, манерність й поза, депресія, некооперативність, зниження розважливості та усвідомлення хвороби, вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Розподіл середнього значення та структури синдромів у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Синдроми		Симптоми	Основна група		Група порівняння	
			Бал	% ± m	Бал	% ± m
Позитивні	P1	Марення	5	14,3 ± 3,5	6	16,7 ± 3,7
	P2	Концептуальна дезорганізація	5	14,3 ± 3,5	6	16,7 ± 3,7
	P3	Галюцинаторна поведінка	6	17,1 ± 3,8	5	13,9 ± 3,5
	P4	Збудження	5	14,3 ± 3,5	5	13,9 ± 3,5
	P5	Манія величності	4	11,4 ± 3,2	3	8,3 ± 2,8
	P6	Підозрілість — переслідування	5	14,3 ± 3,5	5	13,9 ± 3,5
	P7	Ворожість	5	14,3 ± 3,5	6	16,7 ± 3,7
		Загальний бал	35	100,0	36	100,0
		Середній бал (P1 — P7)	5,0	—	5,1	—
Негативні	N1	Сплющення афекту	5	13,2 ± 3,4	6	15,0 ± 3,6
	N2	Емоційна відгородженість	5	13,2 ± 3,4	6	15,0 ± 3,6
	N3	Недостатній рапорт	6	15,8 ± 3,6	6	15,0 ± 3,6
	N4	Пасивно-апатичний соціальний відхід	6	15,8 ± 3,6	6	15,0 ± 3,6
	N5	Труднощі у абстрактному мисленні	6	15,8 ± 3,6	5	12,5 ± 3,3
	N6	Недолік спонтанності й плавності бесіди	5	13,2 ± 3,4	5	12,5 ± 3,3
	N7	Стереотипність мислення	5	13,2 ± 3,4	6	15,0 ± 3,6
		Загальний бал, %	38	100,0	40	100,0
	Середній бал (N 1 — N 7)	5,4	—	5,7	—	
Загально психопатологічні	G1	Стурбованість соматичними відчуттями	5	5,6 ± 2,3	4	5,0 ± 2,2
	G2	Тривога	6	6,7 ± 2,5	4	5,0 ± 2,2
	G3	Відчуття провини	6	6,7 ± 2,5	4	5,0 ± 2,2
	G4	Напруження	5	5,6 ± 2,3	5	6,3 ± 2,4
	G5	Манерність й поза	6	6,7 ± 2,5	4	5,0 ± 2,2
	G6	Депресія	6	6,7 ± 2,5	5	6,3 ± 2,4
	G7	Рухова загальмованість	5	5,6 ± 2,3	6	7,5 ± 2,6
	G8	Некооперативність	6	6,7 ± 2,5	6	7,5 ± 2,6
	G9	Думки з незвичайним змістом	5	5,6 ± 2,3	5	6,3 ± 2,4
	G10	Дезорієнтація	5	5,6 ± 2,3	4	5,0 ± 2,2
	G11	Труднощі концентрації уваги	5	5,6 ± 2,3	5	6,3 ± 2,4
	G12	Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	6	6,7 ± 2,5	5	6,3 ± 2,4
	G13	Вольові порушення	6	6,7 ± 2,5	6	7,5 ± 2,6
	G14	Недостатність контролю імпульсів	6	6,7 ± 2,5	6	7,5 ± 2,6
	G15	Відчуженість від реальності	6	6,7 ± 2,5	5	6,3 ± 2,4
	G16	Соціальна активність	6	6,7 ± 2,5	6	7,5 ± 2,6
	Загальний бал, %	90	100,0	80	100,0	
	Середній бал (G1 — G16)	5,6	—	5,0	—	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$

В цілому середній бал вираженості позитивних синдромів склав у ОГ 5,0, у ГП — 5,1 негативних: ОГ — 5,4, ГП — 5,7, загальнопсихопатологічних: ОГ — 5,6, ГП — 5,0. Такий розподіл свідчить про переважання у загальній структурі клінічної картини параноїдної шизофренії в обстежених жінок тих синдромів, наявність яких у вираженому або значному ступені вираженості знижує якість життя та призводить до порушень у соціальному функціонуванні. На нашу думку, під час розроблення лікувальних заходів, вивчення структури й вираженості позитивних, негативних та загальнопсихопатологічних синдромів у обов'язковому порядку повинно досліджуватися саме із тієї позиції як вираженість симптомів впливає на обмеження життєдіяльності пацієнтів та змінює їх потреби. У більшості почасти не передбачений характер сполучення психопатологічних проявів призводить до виникнення «вимушеного функціонування» внаслідок «взаємопосилуючої, перехресної дії» симптомів. Крім того, одні симптоми, маючи «каталізуючу дію» щодо інших симптомів, почасти самі не є такими, внаслідок яких виникають проблеми у функціонуванні. Проте, під їх впливом інші симптомокомплекси — так звані «індуковані» — спричиняють порушення або перешкоди у соціальному функціонуванні. Таким чином, неврахування при плануванні допомоги ступеня вираженості симптомів та їх особливостей призводить до зниження запасу здібності відносно відновлення «захисного потенціалу функціонування» пацієнтів, а також руйнування «звичайних навичок пристосування» при подоланні проблем у функціонування.

Вивчення структури позитивних синдромів за шкалою PANSS у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (рис. 1), доводить, що серед позитивних синдромів у досліджуваних ОГ переважають марення (14,1 %), концептуальна дезорганізація (14,8 %), підозрілість-переслідування (20,4 %). Ці синдроми за наслідками проявів є такими, що значно

дезадаптують поведінку жінки під час соціального функціонування. Наслідки цих синдромів призводять до руйнування взаємовідносин із оточуючими, а саме із родичами, порушуючи так зване «родинне функціонування» ($p < 0,001$). Також у вираженому ступені прояву ці синдроми є перепонами для включення пацієнок у психореабілітаційну роботу, тому що заважають сприймати її заходи ($p < 0,001$).

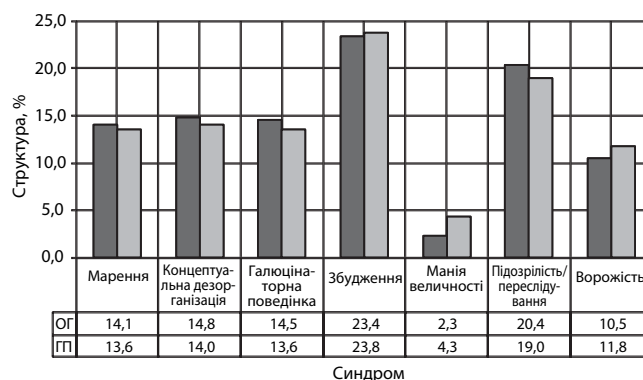


Рис. 1. Структура позитивних синдромів у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Детальніше результати вивчення структури позитивних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію, відображені у табл. 5, з якої випливає, що у досліджуваних хворих ОГ та ГП розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості має значні відмінності: серед легких незначно переважають пацієнтки ОГ — 57 (13,3 %), порівняно з чоловіками ГП — 51 (11,5 %). Серед помірного ступеня вираженості — більш виражена тенденція: ОГ — 150 (35,1 %) й ГП — 112 (25,3 %), а серед виражених синдромів, навпаки, превалюють чоловіки: ОГ — 156 (36,5 %) й ГП 177 (40,0 %);

Таблиця 5

Структура позитивних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Синдром	Група	Легкий		Помірний		Виражений		Значно виражений	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Марення	ОГ	6	10,0 ± 3,0	22	36,7 ± 4,8	23	38,3 ± 4,9	9	15,0 ± 3,6
	ГП	5	8,3 ± 2,8	16	26,7 ± 4,4	25	41,7 ± 4,9	14	23,3 ± 4,2
Концептуальна дезорганізація	ОГ	10	15,9 ± 3,7	21	33,3 ± 4,7	23	36,5 ± 4,8	9	14,3 ± 3,5
	ГП	8	12,9 ± 3,4	15	24,2 ± 4,3	24	38,7 ± 4,9	15	24,2 ± 4,3
Галюцинаторна поведінка	ОГ	6	9,7 ± 3,0	21	33,9 ± 4,7	25	40,3 ± 4,9	10	16,1 ± 3,7
	ГП	5	8,3 ± 2,8	14	23,3 ± 4,2	28	46,7 ± 5,0	13	21,7 ± 4,1
Збудження	ОГ	15	15,0 ± 3,6	26	26,0 ± 4,4	41	41,0 ± 4,9	18	18,0 ± 3,8
	ГП	9	8,6 ± 2,8	19	18,1 ± 3,8	43	41,0 ± 4,9	34	32,4 ± 4,7
Манія величності	ОГ	5	50,0 ± 5,0	5	50,0 ± 5,0	—	—	—	—
	ГП	7	36,8 ± 4,8	5	26,3 ± 4,4	5	26,3 ± 4,4	2	10,5 ± 3,1
Підозрілість — переслідування	ОГ	9	10,3 ± 3,0	41	47,1 ± 5,0	31	35,6 ± 4,8	6	6,9 ± 2,5
	ГП	9	10,7 ± 3,1	32	38,1 ± 4,9	36	42,9 ± 4,9	7	8,3 ± 2,8
Ворожість	ОГ	6	13,3 ± 3,4	14	31,1 ± 4,6	13	28,9 ± 4,5	12	26,7 ± 4,4
	ГП	8	15,4 ± 3,6	11	21,2 ± 4,1	16	30,8 ± 4,6	17	32,7 ± 4,7
Частка від загальної сукупності	ОГ	57	13,3	150	35,1	156	36,5	64	15,0
	ГП	51	11,5	112	25,3	177	40,0	102	23,1

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$

така ж тенденція при значно виражених синдромах: ОГ — 64 (15,0 %) й ГП — 102 (23,1 %). Як бачимо, в ОГ переважали пацієнтки із легким та середнім ступенем вираженості синдромів, а у ГП — хворі із вираженим та значно вираженим ступенем прояву позитивних синдромів. Такий розподіл клінічної картини — стійкість її симптоматики за ступенем вираженості позитивних синдромів — потребує обов'язкового аналізу та врахування під час розроблення комплексних лікувальних заходів та, особливо, заходів психосоціальної реабілітації, тому що у жінок, на наш погляд, в цілому навички соціального функціонування (в основному побутові навички) більш збережені, і тому повинні ставати «опорними». Відштовхуючись від їх рівня збереженості, необхідно планувати стратегію «удержання та відновлення».

З точки зору проведення заходів психосоціальної реабілітації при лікуванні параноїдної шизофренії, дану стратегію можна уявити у вигляді «дитячої піраміди» — коли на менш важливі, але більші за об'ємом навички надбудовуються навички, менші за об'ємом, але більш важливі та специфічні для функціонування у суспільстві. Виходячи із стратегії «удержання та відновлення», на нашу думку, важливим є обов'язкове виокремлення «прогностично значущих позитивних синдромів» — тобто тих, поява яких буде впливати, але не знижувати якість життя та «прогностично значущих негативних синдромів», які знижують якість життя — за рахунок руйнування саме «опорних» навичок. Другим за важливістю, на наш погляд, є корекція психофармакотерапії із врахуванням можливості подальшого проведення заходів психосоціальної реабілітації, на підставі комплексного аналізу синдромологічної картини та її впливу на функціонування жінки.

Вивчення структури негативних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (рис. 2), довело, що серед діагностованих негативних синдромів за шкалою PANSS у порівнянні ОГ та ГП, серед досліджуваних ОГ незначно переважають емоційна відгородженість — 15,5 %, ГП — 13,0 %, недолік спонтанності та плавності бесіди — ОГ 14,0 %, ГП — 13,0 %, стереотипність мислення — ОГ 14,6 %, ГП — 12,4 %. У свою чергу, досліджувані ГП переважали осіб ОГ за такими проявами: пасивно-апатичний соціальний відхід ГП — 17,5 %, ОГ 15,5 %, труднощі у абстрактному мисленні ГП — 18,5 %, ОГ — 15,5 %.

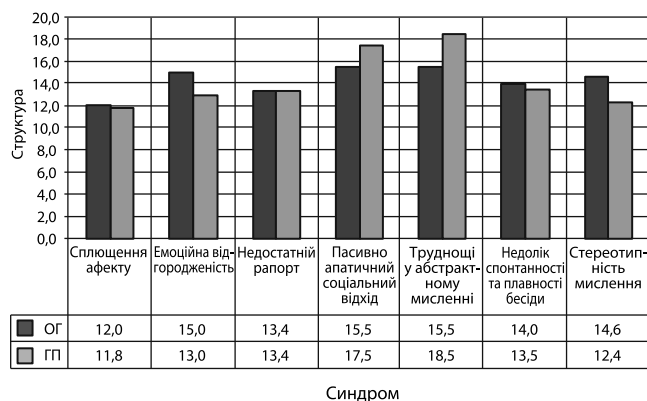


Рис. 2. Структура негативних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

В цілому виявлені в обох групах синдроми відіграють значну роль у формуванні порушень соціального функціонування та зниженні якості життя хворих, що необхідно обов'язково враховувати під час розроблення схеми їх комплексного лікування. Так, у жінок та чоловіків у побуті під час виконання звичайних функцій труднощі у абстрактному мисленні заважають осмислювати деякі дії або висловлювання чим спричиняють обмеження у соціальному середовищі. У свою чергу, утруднення можливості абстрактно сприйняти інформацію призводить до «невигідного» функціонування у суспільстві, коли хворі не можуть сприйняти, або не можуть виконувати життєво необхідні навички. Така ситуація у поєднанні із емоційною відгородженістю та недоліком спонтанності і плавності бесіди призводить до нівелювання навичок незалежного існування пацієнтів, що проявляється у поглибленні соціальної дезадаптації та формуванні іншого, незалежно існуючого, більш тяжкого за наслідками негативного синдрому — пасивно-апатичного дезадаптуючого відходу.

За вагомістю впливу у структурі негативних синдромів пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід з точки зору якості функціонування у суспільстві займає провідне місце. На нашу думку, даний синдром за змістом соціального руйнування є основною мішенню відновних психосоціальних заходів в рамках системи гендерноспецифічної терапії в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію. У ході дослідження виявлено, що прояви апатії при прогресивному перебігу параноїдної шизофренії значно знижують «соціальну активність» жінок з відмовою від звичайної діяльності ($p < 0,001$). Пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід у жінок характеризується зниженням «інтересу до близьких» та «спонтанної ініціативи спілкування у відносинах» за рахунок його структурних складових (апатії, втрати енергетичного потенціалу, зменшення вольових збуджень). Вищевикладена клінічна картина обумовлює дезадаптацію у функціонуванні та побуті. Тому, спираючись на вище викладене, наступним завданням стало надання аналізу структури негативних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (табл. 6).

З отриманих даних видно що у досліджуваних ОГ та ГП розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості в цілому значно не відрізняється, проте, має деякі відмінності. Так, при помірному ступені вираженості симптомів (ОГ — 24,5 %, ГП — 19,7 %) у ОГ переважали труднощі у абстрактному мисленні — 29,4 % у ГП — 18,2 % та недолік спонтанності та плавності бесіди ОГ — 20,7 %, ГП — 15,9 % та характеризувався відсутністю цікавості до соціального спілкування ($p < 0,001$), жінки були мало ініціативні, що проявлялось низьким — поверхневим контактуванням з близькими людьми за активністю останніх — «спілкування за вимогою» ($p < 0,001$).

При вираженому ступені симптомів (ОГ — 33,0 %, ГП — 31,6 %) у ОГ переважали стереотипність мислення — 40,6 % у ГП — 32,2 %. Хворим було властиво життєдіяльність без власної захопленості у соціальних контактах ($p < 0,001$), вони не брали активну участь у житті родини ($p < 0,001$), не проявляли інтересів та ініціативи. Проте, при значно виражених негативних синдромах спостерігалася протилежна картина: ОГ — 32,7 %, ГП — 40,7 %. Тобто, можна стверджувати, що у жінок,

Таблиця 6

Структура негативних синдромів за ступенем вираженості у жінок та чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Синдром	Група	Легкий		Помірний		Виражений		Значно виражений	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Сплющення афекту	ОГ	8	10,1 ± 3,0	19	24,1 ± 4,3	27	34,2 ± 4,7	25	31,6 ± 4,7
	ГП	9	7,8 ± 2,7	27	23,3 ± 4,2	35	30,2 ± 4,6	45	38,8 ± 4,9
Емоційна відгородженість	ОГ	7	7,1 ± 2,6	24	24,2 ± 4,3	33	33,3 ± 4,7	35	35,4 ± 4,8
	ГП	11	8,7 ± 2,8	28	22,0 ± 4,1	37	29,1 ± 4,5	51	40,2 ± 4,9
Недостатній рапорт	ОГ	11	12,5 ± 3,3	23	26,1 ± 4,4	23	26,1 ± 4,4	31	35,2 ± 4,8
	ГП	11	8,4 ± 2,8	28	21,4 ± 4,1	36	27,5 ± 4,5	56	42,7 ± 4,9
Пасивно-апатичний соціальний відхід	ОГ	11	10,8 ± 3,1	27	26,5 ± 4,4	32	31,4 ± 4,6	32	31,4 ± 4,6
	ГП	11	6,4 ± 2,5	35	20,5 ± 4,0	59	34,5 ± 4,8	66	38,6 ± 4,9
Труднощі у абстрактному мисленні	ОГ	9	8,8 ± 2,8	30	29,4 ± 4,6	31	30,4 ± 4,6	32	31,4 ± 4,6
	ГП	12	6,6 ± 2,5	33	18,2 ± 3,9	59	32,6 ± 4,7	77	42,5 ± 4,9
Недолік спонтанності та плавності бесіди	ОГ	9	9,8 ± 3,0	19	20,7 ± 4,0	32	34,8 ± 4,8	32	34,8 ± 4,8
	ГП	12	9,1 ± 2,9	21	15,9 ± 3,7	44	33,3 ± 4,7	55	41,7 ± 4,9
Стереотипність мислення	ОГ	10	10,4 ± 3,1	19	19,8 ± 4,0	39	40,6 ± 4,9	28	29,2 ± 4,5
	ГП	13	10,7 ± 3,1	21	17,4 ± 3,8	39	32,2 ± 4,7	48	39,7 ± 4,9
Частка від загальної сукупності	ОГ	65	9,9	161	24,5	217	33,0	215	32,7
	ГП	79	8,1	193	19,7	309	31,6	398	40,7

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$

у порівнянні із чоловіками, негативні синдроми у меншій кількості досягають значно вираженого ступеня, що, у свою чергу, менш дезадаптує їх у суспільстві. Так, бачимо, що у чоловіків переважали усі негативні симптоми, а саме: сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотип-

ність мислення ($p < 0,001$). Чоловіки ГП, у порівнянні із жінками ОГ, були схильні до повної самоізоляції ($p < 0,001$), дуже рідко проявляли будь яку активність, зневажливо ставилися до власних потреб ($p < 0,001$).

Нижче наведений розподіл загальнопсихопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у жінок (табл. 7) та чоловіків (табл. 8), які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS).

Таблиця 7

Розподіл загальнопсихопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у жінок, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Синдром	Ступінь вираженості								Усього	
	легкий		помірний		виражений		значно виражений			
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Стурбованість соматичними відчуттями	5	10,2 ± 3,0	15	30,6 ± 4,6	17	34,7 ± 4,8	12	24,5 ± 4,3	49	3,9 ± 1,9
Тривога	13	21,3 ± 4,1	17	27,9 ± 4,5	19	31,1 ± 4,6	12	19,7 ± 4,0	61	4,9 ± 2,2
Відчуття провини	14	26,9 ± 4,4	16	30,8 ± 4,6	14	26,9 ± 4,4	8	15,4 ± 3,6	52	4,2 ± 2,0
Напруження	20	19,4 ± 4,0	22	21,4 ± 4,1	27	26,2 ± 4,4	34	33,0 ± 4,7	103	8,2 ± 2,8
Манерність й поза	9	15,5 ± 3,6	19	32,8 ± 4,7	18	31,0 ± 4,6	12	20,7 ± 4,1	58	4,6 ± 2,1
Депресія	5	7,6 ± 2,6	23	34,8 ± 4,8	29	43,9 ± 5,0	9	13,6 ± 3,4	66	5,3 ± 2,2
Рухова загальмованість	6	11,1 ± 3,1	11	20,4 ± 4,0	16	29,6 ± 4,6	21	38,9 ± 4,9	54	4,3 ± 2,0
Некооперативність	5	7,8 ± 2,7	14	21,9 ± 4,1	21	32,8 ± 4,7	24	37,5 ± 4,8	64	5,1 ± 2,2
Думки з незвичайним змістом	10	10,6 ± 3,1	23	24,5 ± 4,3	24	25,5 ± 4,4	37	39,4 ± 4,9	94	7,5 ± 2,6
Дезорієнтація	6	17,6 ± 3,8	8	23,5 ± 4,2	12	35,3 ± 4,8	8	23,5 ± 4,2	34	2,7 ± 1,6
Труднощі концентрації уваги	18	15,4 ± 3,6	32	27,4 ± 4,5	33	28,2 ± 4,5	34	29,1 ± 4,5	117	9,4 ± 2,9
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	4	3,0 ± 1,7	41	30,6 ± 4,6	46	34,3 ± 4,7	43	32,1 ± 4,7	134	10,7 ± 3,1
Вольові порушення	3	3,5 ± 1,8	31	36,0 ± 4,8	31	36,0 ± 4,8	21	24,4 ± 4,3	86	6,9 ± 2,5
Недостатність контролю імпульсів	4	4,3 ± 2,0	23	24,7 ± 4,3	34	36,6 ± 4,8	32	34,4 ± 4,8	93	7,4 ± 2,6
Відчуженість від реальності	3	9,7 ± 3,0	8	25,8 ± 4,4	9	29,0 ± 4,5	11	35,5 ± 4,8	31	2,5 ± 1,6
Соціальна активність	3	2,0 ± 1,4	34	22,2 ± 4,2	57	37,3 ± 4,8	59	38,6 ± 4,9	153	12,2 ± 3,3
Частка від загальної сукупності	128	10,2	337	27,0	407	32,6	377	30,2	1249	100,0

З наведених у табл. 7 та 8 даних видно, що за відсотковою структурою загальні психопатологічні синдроми розподілилися рівномірно у ОГ та ГП. Проте, за ступенем вираженості в обох групах загальні психопатологічні синдроми мали стійку наростаючу динаміку розподілу від легких (ОГ — 10,2 %, ГП — 11,2 %) до значно виражених (ОГ — 30,2 %, ГП — 29,6 %) з переважанням вираженого ступеня з усієї сукупності встановлених синдромів. Загальні психопатологічні синдроми є синдромами, із якими пацієнти живуть відносно постійно (як у період загострення, так і у період ремісії захворювання) та почасти звикають до них, тому що вони не ведуть до значного

руйнування соціального функціонування. На відміну від загальнопсихопатологічних симптомів, позитивні та негативні синдроми є більш тяжкими, проте, знаходяться під впливом фармакотерапії, що зменшує їх актуальність для хворих. Виявлено, що у жінок вольові порушення та недостатність контролю імпульсів є перешкодою до повноцінного родинного функціонування ($p < 0,001$). В цілому загальнопсихопатологічні синдроми обумовлювали неадекватну поведінку у соціумі, порушення режиму прийому ліків, впливали на зниження ефективності амбулаторного лікування ($p < 0,01$), зменшували тривалість ремісії ендogenous процесу ($p < 0,01$).

Таблиця 8

Розподіл загальнопсихопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у чоловіків, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала PANSS)

Синдром	Ступінь вираженості								Усього	
	легкий		помірний		виражений		значно виражений			
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Стурбованість соматичними відчуттями	7	12,7 ± 3,3	18	32,7 ± 4,7	17	30,9 ± 4,6	13	23,6 ± 4,2	55	4,0 ± 1,9
Тривога	16	23,2 ± 4,2	16	23,2 ± 4,2	21	30,4 ± 4,6	16	23,2 ± 4,2	69	5,0 ± 2,2
Відчуття провини	14	25,0 ± 4,3	17	30,4 ± 4,6	17	30,4 ± 4,6	8	14,3 ± 3,5	56	4,0 ± 2,0
Напруження	24	21,1 ± 4,1	24	21,1 ± 4,1	29	25,4 ± 4,4	37	32,5 ± 4,7	114	8,2 ± 2,7
Манерність й поза	12	17,4 ± 3,8	19	27,5 ± 4,5	21	30,4 ± 4,6	17	24,6 ± 4,3	69	5,0 ± 2,2
Депресія	7	9,1 ± 2,9	25	32,5 ± 4,7	32	41,6 ± 4,9	13	16,9 ± 3,7	77	5,5 ± 2,3
Рухова загальмованість	7	11,5 ± 3,2	11	18,0 ± 3,8	18	29,5 ± 4,6	25	41,0 ± 4,9	61	4,4 ± 2,0
Некооперативність	7	9,3 ± 2,9	15	20,0 ± 4,0	26	34,7 ± 4,8	27	36,0 ± 4,8	75	5,4 ± 2,3
Думки з незвичайним змістом	14	13,2 ± 3,4	27	25,5 ± 4,4	27	25,5 ± 4,4	38	35,8 ± 4,8	106	7,6 ± 2,7
Дезорієнтація	8	21,6 ± 4,1	9	24,3 ± 4,3	11	29,7 ± 4,6	9	24,3 ± 4,3	37	2,7 ± 1,6
Труднощі концентрації уваги	16	13,4 ± 3,4	33	27,7 ± 4,5	37	31,1 ± 4,6	33	27,7 ± 4,5	119	8,5 ± 2,8
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	5	3,4 ± 1,8	46	31,3 ± 4,6	51	34,7 ± 4,8	45	30,6 ± 4,6	147	10,6 ± 3,1
Вольові порушення	5	4,8 ± 2,1	37	35,6 ± 4,8	35	33,7 ± 4,7	27	26,0 ± 4,4	104	7,5 ± 2,6
Недостатність контролю імпульсів	4	3,9 ± 1,9	24	23,5 ± 4,2	37	36,3 ± 4,8	37	36,3 ± 4,8	102	7,3 ± 2,6
Відчуженість від реальності	5	11,6 ± 3,2	9	20,9 ± 4,1	13	30,2 ± 4,6	16	37,2 ± 4,8	43	3,1 ± 1,7
Соціальна активність	5	3,2 ± 1,8	36	22,8 ± 4,2	66	41,8 ± 4,9	51	32,3 ± 4,7	158	11,4 ± 3,2
Частка від загальної сукупності	156	11,2	366	26,3	458	32,9	412	29,6	1392	100,0

Вищевикладені результати дослідження впливу клініко-психопатологічних особливостей як дезадаптуючих чинників на соціальне функціонування та якість життя хворих жінок можна проілюструвати таким клінічним прикладом.

Пацієнтка У., 1980 р. народження.

Дані анамнезу життя. Зі слів пацієнтки, спадковість психічними або поведінковими розладами не обтяжена. У родині виявлено зловживання алкоголем. Пологи у матері — із ускладненнями (вузький таз). У ранньому розвитку особливостей особистості не відмічалось. У школі вчилася гарно, проте була замкнута, не мала подруг. Закінчила школу — 10 класів із відзнакою. Вірусний гепатит, венеричні захворювання, туберкульоз — заперечує. Освіта вища — педагог, закінчила педагогічний університет. Трудову діяльність розпочала у 18 років. У теперішній час не працює. До виконання побутових обов'язків ставиться формально, хоча, зі слів, може себе повністю обслуговувати. За спеціальністю не працює, іноді підробляє прибиральницею. З 2008 р. — інвалід II групи. Основним джерелом існування є пенсія по інвалід-

ності, перебуває на утриманні чоловіка. Одружена, проживає з чоловіком, взаємини у сім'ї «не гарні», почасти конфліктні, незадовільні. У вільний час нічим не займається, захопленість та інтересів до якийсь діяльності не проявляє.

Дані анамнезу захворювання. У 2004 р., після перенесеного емоційного стресу (смерть батька) з'явилися психічні розлади: збудження, страх, тривога. Під впливом слухових імперативних галюцинацій поведінка ставала неадекватною з агресивними рисами. Лікувалася у лікарні. *Діагноз:* Шизофренія. Параноїдна форма. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Повторні госпіталізації до психіатричної лікарні — у 2005 р., 2006 р., 2007 р., у зв'язку із загостренням психопатологічної симптоматики, неадекватною поведінкою, агресією, дома кидала речі на підлогу, голосно кричала. Психомоторна симптоматика з'являлася після порушення прийому підтримуючої терапії та після емоційного напруження на тлі порушення сну, навантаження у побуті. У відділенні перебувала у психомоторному збудженні, відчувала слухові галюцинації імперативного характеру. Висловлювала маячні ідеї впливу, переслідування. Мислення прискорене, концентрація уваги та функція пам'яті знижені.

Діагноз при попередніх госпіталізаціях: Шизофренія. Параноїдна форма. Прогредієнтний тип перебігу. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Під час лікування приймала галоперидол, аміназин, трифазин. Надалі неодноразово госпіталізувалася з тим же діагнозом, підтримуючу терапію приймає не постійно. Остання госпіталізація — з 06.04.2012 р. Протягом місяця з'явився страх, безсоння, підозрілість, порушився сон. Свою поведінку не усвідомлювала, перестала доглядати за собою, нехтувала засобами гігієни.

Психічний статус. На час обстеження активно виявляє маячну та галюцинаторну симптоматику: зі слів хворої відчуває «багато думок, які з'являються самі по собі». Відчуває голоси, які мають коментуючий, імперативний характер, від знайомих та незнайомих осіб. «Ці голоси сміються наді мною, говорять непристойні слова, вимагають роздягатися та не спілкуватися з родиною». Пацієнтка емоційно холодна, сплоснена. Повністю орієнтована у часі, місці й власній особистості. На відмову пацієнтки не виконувати вимоги голосів відчуває на себе їх погрожуючу дію: «кажуть, що покарають мене». Мислення прискорене, паралогічне, з елементами резонерства, амбівалентне. Пацієнтка висловлює ідеї відношення, переслідування з боку незнайомих осіб, впливу на неї із космосу. Суїцидальних думок не виказує — «це тяжкий гріх». Критика відсутня, самооцінка завищена.

Результати дослідження клініко-психопатологічних особливостей та аналіз їх впливу на функціонування пацієнтки У:
Структура синдромів за критеріями PANSS:

Серед позитивних синдромів домінували: марення підозрілість-переслідування, прояви ворожості. Серед негативних синдромів: емоційна відгородженість, сплоснення афекту, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення. Серед загальнопсихопатологічних синдромів: зниження усвідомлення хвороби, зниження соціальної активності. Середній бал позитивних синдромів склав 5,2, негативних — 5,8 серед загальнопсихопатологічних — 5,8.

Результати дослідження особливостей родинного, соціального функціонування та якості життя пацієнтки У:

1. Оцінка якості життя хворих, які страждають на параноїдну шизофренію (шкала QLS): міжособистісні відносини — 2,0 бали, виконання професійної діяльності — 1,0 бал, інші симптоми — 3,0 бали. Загальний середній бал — 2,0 бали.

2. Вплив на соціальне функціонування та якість життя нейролептичної терапії (опитувальник SWN-S). Виявлено вплив на розумову діяльність, самоконтроль, фізичну діяльність, регулювання емоцій, соціальну інтеграцію.

3. Шкала структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини: напружено-дисоціативний.

4. Шкала структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича: негативно-деструктивне.

5. Контекстуальні чинники (вісь III МКХ-10), що вплинули на розвиток і перебіг захворювання, встановлено: проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючого середовища, включаючи сімейні обставини (Z 63.0, Z 63.1, Z 63.7).

Діагноз: Шизофренія. Параноїдна форма. Прогредієнтний тип перебігу. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Апатобулічний тип дефекту (F 20.0).

У процесі лікування параноїдної шизофренії психічний стан пацієнтки покращився. Актуальність продуктивної симптоматики знижена, поведінка у відділенні упорядкована. Допомогає у роботі по обслуговуванню відділення, інструкції медичного персоналу виконує. Спілкується з сусідками по палаті, зустрічається із членами родини. За аналізом медико-соціальних проблем пацієнтки на підставі розробленої системи гендерноспецифічних заходів психотерапії в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, в залежності від рівня їх соціального функціонування та якості життя на тлі медикаментозної терапії проведено психотерапевтичні заходи. Пацієнтка відвідувала тренінги:

«Самообслуговування», «Поведінка у родині», «Спілкування із близькими», «Спілкування у суспільстві». На час проведення гендерноспецифічних заходів психотерапії та комплексного лікування критика та самооцінка власного психічного стану адекватна.

Загальний діагностичний висновок: Параноїдна шизофренія, Прогредієнтний тип перебігу. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Апатобулічний тип дефекту.

З наведеного клінічного випадку можна зробити висновок, що вплив клініко-психопатологічної симптоматики своєрідно впливає на соціальне функціонування жінок, що обов'язково потребує її докладного аналізу при формуванні плану допомоги.

Результати роботи були покладені нами в основу під час розроблення підходів до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

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. Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології / [Текст] / [Н. О. Марута, Л. Т. Сновида, М. М. Денисенко, Ю. В. Ніканорова] // Там само. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 201—202.
4. Грошев І. Генетика психических заболеваний: исследование половозрастных и гендерных аспектов / [Текст] / И. Грошев // Врач. — 2012. — № 3. — С. 14—16.
5. Грошев И. В. Генетические основы половых и гендерных различий аффективных нарушений / [Текст] / И. В. Грошев // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : тезисы докладов II Всерос. конф. с международным участием / под ред. В. Я. Семке, Т. П. Ветлугиной. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2008. — С. 74—75.
6. Черкасова В. Г. Субъективная оценка когнитивного статуса в гендерном аспекте / [Текст] / В. Г. Черкасова, Н. С. Егорова, Н. А. Зимущкина // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию нейрохирургической службы Кировской областной клинической больницы «Актуальные вопросы нейрохирургического лечения заболеваний и травм нервной системы» — Киров, 11—12 мая 2011. — С. 42.
7. Алексейчук А. И. Гендерные особенности заболеваемости соматоформными расстройствами / [Текст] / А. И. Алексейчук // Журнал психиатрии та медичної психології. — 2010. — № 1—2 (24—25). — С. 36—40.
8. Li D. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study / [Text] / D. Li, L. Liu, R. Odouli // Hum Reprod. — 2009. — Vol. 24 (1). — P. 146—153.
9. 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 Oct. — Vol. 28. — P. 8—10.
10. 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>
11. 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.
12. Age of onset of a first psychotic episode: are there any clinical differences between men and women? / [Text] / A. Barajas, I. Baños, S. Ochoa [et al.] // Psiquiatria Biologica. — 2007. — Vol. 14, # 4. — P. 136 — 141.

13. 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>

14. 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.

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

16. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery / [Text] / L. S. Grossman, M. Harrow, C. Rosen, R. Faull // *Comprehensive Psychiatry*. — 2008. — Vol. 49, # 6. — P. 523 — 529.

17. Мажбіц В. Б. Психосоціальна реабілітація хворих на параноїдну шизофренію в амбулаторних умовах / [Текст] : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Мажбіц Валентина Борисівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Харків, 2013. — 22 с.

18. 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.

19. Маркова М. В. Психосвітня 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.

20. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больних шизофренией / [Текст] : монографія / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.

21. Психосвітня робота в системі медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію / [Текст] : методичні рекомендації / [В. А. Абрамов, Є. М. Денисов, Т. Л. Ряполова та ін.]. — К., 2007. — 18 с.

22. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / [Текст] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.

23. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / [Текст] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. — Донецк: «Лебедь», 2002. — 279 с.

Надійшла до редакції 17.12.2013 р.

ВЕРБЕНКО Вікторія Анатоліївна, доктор медичних наук, професор, завідувача кафедрою психіатрії, психотерапії, наркології з курсами загальної та медичної психології Державної установи «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського», м. Сімферополь; e-mail: vverbenko@mail.ru

ЮР'ЄВА Наталія Михайлівна, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, наркології з курсами загальної та медичної психології ДУ «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського», м. Сімферополь; e-mail: nataly-you@rambler.ru

VERBENKO Viktoriia Anatoliivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of psychiatry, psychotherapy, drug treatment with a course of general and medical psychology, State Establishment "Crimean State Medical University named after S. I. Georgievskiy", Simferopol'; e-mail vverbenko@mail.ru

YURIEVA Nataliia Mykhailivna, MD, Postgraduate Student of Department of psychiatry, psychotherapy, drug treatment with a course of general and medical psychology, State Establishment "Crimean State Medical University named after S. I. Georgievskiy", Simferopol'; e-mail: nataly-you@rambler.ru