
Г.В. Морванюк,

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології.

G.V. Morvanyuk,

Odessa national medical university,
Department social helping, general and medical psychology.

ГЕНДЕРНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

**ГЕНДЕРНЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ
ШИЗОФРЕНИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ**

**GENDER AND PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA
TO INPATIENT TREATMENT STAGE**

УДК 159.96+616.895

Стаття надійшла до редакції 14.04.2016.

Резюме

Розкриваються психосоціальні характеристики хворих на шизофренію. Приводяться результати та аналіз результатів дослідження психосоціальних особливостей хворих на параноїдну форму шизофренії на стаціонарному етапі лікування.

Ключові слова

психосоціальні особливості, параноїдна форма шизофренії, стаціонарний етап лікування, комплексна допомога.

Резюме

Раскрываются психосоциальные характеристики больных шизофренией. Приводятся результаты и анализ результатов исследования психосоциальных особенностей больных параноидной формой шизофрении на стационарном этапе лечения.

Ключевые слова

психосоциальные особенности, параноидная форма шизофрении, стационарный этап лечения, комплексная помощь.

Resume

This article revealed psychosocial characteristics of patients with schizophrenia. The results of the study and analysis of the psychosocial characteristics of patients with paranoid form of schizophrenia inpatient stage of treatment.

Keywords

psychosocial characteristics, paranoid type of schizophrenia stationary phase of treatment, comprehensive help.

Шизофренія – розповсюджене психічне захворювання, яке вражає осіб переважно працездатного віку, призводить до ранньої інвалідизації та втрати соціальних зв'язків, значних економічних втрат та зниження якості життя [1, 2]. Загальний ризик захворювання, за сучасними даними, становить 0,4 – 0,6% (4 – 6 випадків на 1000 осіб). Дослідники відмічають, що серед хворих на шизофренію кількість жінок і чоловіків є приблизно рівною, проте у жінок спостерігається тенденція до більш пізнього початку хвороби [3]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на шизофренію – тривале безробіття, бідність, відсутність житла [4]. Серед даної категорії пацієнтів відмічається під-

вищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10 – 12 років порівняно з середньостатистичним показником.

Сучасні підходи до фармакотерапії, психотерапії та соціально-психологічної реабілітації є стандартними та не враховують гендерної специфіки пацієнтів [5 – 7]. Тому актуальним є використання гендерного підходу в комплексній діагностиці та комплексній терапії параноїдної форми шизофренії (ПШ).

Викладення основного матеріалу. Дослідження проходило протягом 2010 – 2015 років на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Обстежено 203 хворих на параноїдну форму шизофренії.

Критеріями включення до груп дослідження були:

- мали встановлений діагноз ПШ (F20.0);
- термін захворювання від встановлення діагнозу складав більше, ніж 1 рік;
- хворі, які лікувались 2 та більше разів;
- хворі, які усвідомлювали зміст пропонованих методик, були в змозі їх виконати;
- не мали тяжких соматичних захворювань;
- дали письмову згоду на проведення дослідження.

На основі вищенаведених критеріїв, до участі були включено 167 хворих на ПШ. Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їх родичі були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

На етапі включення хворих до участі у дослідженні обстеженим роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода від хворого. Хворим пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільним та конфіденційним, а також вони були ознайомлені з правом відмови від дослідження.

У *табл. 1* наведено розподіл хворих за віком та статтю.

Таблиця 1. Розподіл обстежених за віком та статтю (%).

Вік хворих	Г1, n = 89	Г2, n = 78
до 20 років	3 (3,4)	2 (2,6)
21 – 30 років	20 (22,5)	21 (26,9)
31 – 40 років	35 (39,3)	40 (51,3)
41 – 50 років	19 (21,4)	10 (12,8)
51 – 60 років	8 (8,9)	4 (5,1)
60 та більше років	4 (4,5)	1 (1,3)

За даними *табл. 1* можна простежити, що основну частину досліджених як в першій, так і в другій групі, склали хворі віком до 40 років. Це можна пояснити тим, що шизофренія – хвороба, яка маніфестує частіше саме у даному віковому проміжку. При чому хворих, віком від 31 до 40 років більше у групі жінок, ніж у групі чоловіків. Та навпаки, у більш пізньому віці чоловіків було достовірно більше, ніж жінок (відповідно 21,4 та 12,8; 9,0 та 5,1), ($p < 0,05$).

Як зазначалось раніше, всі досліджені чоловіки та жінки мали встановлений діагноз ПШ (F20.0), в зв'язку з чим проходили лікування не менше ніж двічі, при цьому термін перебігу хвороби складав більше ніж 1 рік (що зазначалось в критеріях включення). Перші випадки маніфестування хвороби відмічались у хворих у різному віці, що відображено у *табл. 2*.

Як свідчать дані *табл. 2*, у більш ніж половини досліджених чоловіків (66,3%) та жінок (69,2%) дебют захворювання відбувся у віці 21 – 30 років.

Розподіл пацієнтів Г1 та Г2 за терміном захворювання відображено в *табл. 3*.

За даними *табл. 3* – найбільша кількість чоловіків Г1 страждала на ПШ протягом більш ніж 10

Таблиця 2. Розподіл досліджених за віком дебютування основного захворювання (%).

Вік хворих	Г1, n = 89	Г2, n = 78
до 20 років	11 (12,4)	8 (10,3)
21 – 30 років	59 (66,3)	54 (69,2)
31 – 40 років	18 (20,2)	16 (20,5)
41 – 50 років	1 (1,1)	0 (0,00)

Таблиця 3. Розподіл обстежених за терміном захворювання (%).

Термін	Г1, n = 89	Г2, n = 78
1 – 2 роки	14 (15,7)	11 (14,1)
3 – 5 років	17 (19,1)	19 (24,4)
6 – 10 років	22 (24,7)	27 (34,6)
більш ніж 10 років	36 (40,5)	21 (26,9)

Таблиця 4. Освітній рівень обстежених, %.

Освіта	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
середня неповна	2	2,3	1	1,3
середня	9	10,1	10	12,8
середня спеціальна (ПТУ, коледж та ін.)	33	37,1	28	35,9
бакалавр	12	13,5	11	14,1
спеціаліст	29	32,6	23	29,5
магістр	3	3,4	5	6,4
дві повні вищі або науковий ступінь	1	1,1	0	–

років (40,5%), у той час, як більшість жінок Г2 відмічали, що термін захворювання в них дорівнював 6 – 10 років (34,6%).

Дані таблиці 4 свідчать про превалювання в групах обстежених осіб, які отримали вищу освіту та здобули науковий ступінь бакалавра, спеціаліста або магістра (49,5% в Г1 та 50,0% в Г2). Біля 40% досліджених чоловіків та жінок, що страждали на ПШ, отримали середню спеціальну освіту (в Г1 – 37,1%; в Г2 – 35,9%).

Дослідження виявило, що більш ніж половина пацієнтів-чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї. Лише 20,2% чоловіків і 18% жінок зберегли свої сім'ї, проте 4,5 % осіб Г1 та 3,9 досліджених Г2 не проживали в них. Характерним було те, що більшість хворих чоловіків (63,3 %) і жінок (56,7%) жили у сім'ях своїх родичів (табл. 5).

Рівень конфліктності у родинах обстежених пацієнтів з ПШ (за даними інтерв'ю) наведено у наступній табл. 6.

Як свідчить табл. 6, переважна більшість родин обстежених характеризувалась наявністю конфліктів (Г1 – 91,0%; Г2 – 92,3%), при цьому 47,2% чоловіків та 52,6% жінок відмічали, що конфлікти виникають постійно.

Далі наведено дані щодо рівня матеріального забезпечення обстежених.

Своє матеріальне становище 41,6% чоловіків і 41% жінок оцінювали як достатнє, матеріальних

Таблиця 5. Сімейний стан обстежених, %.

Сімейний стан	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
неодружені	53	59,6	40	51,3
громадський шлюб	10	11,2	17	21,8
офіційно одружені та проживають разом	14	15,7	11	14,1
одружені, але проживають окремо	4	4,5	3	3,9
розлучені	8	8,9	7	8,9

Таблиця 6. Рівень конфліктності обстежених, %.

Рівень конфліктності	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
Конфлікти виникають постійно	42	47,2	41	52,6
Конфлікти виникають час від часу	39	43,8	31	39,7
Конфлікти не виникають	8	8,9	6	7,7

Таблиця 7. Рівень матеріального достатку, %.

Рівень достатку	Г1, n = 89		Г2, n = 78	
	n	%	n	%
межа бідності	23	25,8	19	24,4
статки нижче середнього	29	32,6	27	34,6
середній статок	35	39,3	28	35,9
статки вище середнього	2	2,3	4	5,1

коштів вистачало на задовільне харчування, періодично купувався одяг, був можливим відпочинок. Однак 25,8% чоловіків і 24,4% жінок відмітили, що ледве зводять «кінці з кінцями», матеріальних коштів вистачає лише на харчування, інші витрати є недоступними.

Для виявлення різниці у рівні соціальної адаптації була проведена методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Васермана (у адаптації В.В. Бойко). Отримані дані наведено в табл. 8.

Як свідчить таблиця, найбільш виражене почуття незадоволеності серед хворих на ПШ чоловіків та жінок було пов'язане з наступними факторами: «власний спосіб життя в цілому», «можливість вибору місця роботи», «можливість проводити відпустку», «проведення дозвілля», «відносини з чоловіком / жінкою», «відносини з дітьми», «власне положення в суспільстві», «зміст своєї роботи в цілому», «умови професійної діяльності» та «обстановка в суспільстві (державі)». Найменше незадоволення викликали фактори «освіта», «сфера послуг і побутового обслуговування» та «взаємини з суб'єктами власної професійної діяльності».

Таблиця 8. Розподіл досліджених за рівнем соціальної фрустрованості.

Рівень задоволення	Середні бали	
	Г1, n = 89	Г2, n = 78
своєю освітою	2,4	2,6
взаєминами з колегами по роботі	3,3	3,4
взаєминами з адміністрацією на роботі	3,6	3,5
взаєминами з суб'єктами своєї професійної діяльності	3,4	3,2
змістом своєї роботи в цілому	3,5	3,7
умовами професійної діяльності (навчання)	3,2	3,3
своїм положенням в суспільстві	3,3	3,6
матеріальним положенням	2,9	3,2
житлово-побутовими умовами	2,8	3,1
відносинами з чоловіком (жінкою)	3,5	3,7
відносинами з дитиною (дітьми)	3,2	3,5
відносинами з батьками	2,8	3,2*
обстановкою в суспільстві (державі)	3,2	3,4
відносинами з друзями, найближчими знайомими	2,9	3,1
сферою послуг і побутового обслуговування	2,6	2,8
сферою медичного обслуговування	2,9	3,2
проведенням дозвілля	3,6	3,8
можливістю проводити відпустку	3,5	3,3
можливість вибору місця роботи	3,4	3,5
своїм способом життя в цілому	3,1	3,3

Дані дослідження з використанням тесту визначення рівня соціальної фрустрованості Л.І. Варсманна (у адаптації В.В. Бойко) доповнено інформацією, отриманою в результаті збору анамnestичних даних, а також бесід з хворими та їх родичами. Аналіз отриманих даних дозволив констатувати, що більшість хворих чоловіків (76,6%); і жінок (83,4%); були задоволені отриманою освітою.

За даними дослідження, більшість чоловіків (76,6%) і жінок (83,4%), суб'єктивно були задоволені своєю фізичною працездатністю. При оцінці своєї інтелектуальної продуктивності 86,7% чоловіків відповіло «так», а 33,3% жінок відповіло «ні». Близько половини з опитувальних чоловіків (43,3%), з них 2/3 мали стаж роботи більше 5 років (53,8%). Серед жінок роботу мала лише третина (30%), з них половина мала стаж більше 10 років (55,6%). Залишились задоволеними своєю професією третина опитувальних (30,7% чоловіків і 33,3% жінок).

Також отримано дані щодо показників рівня побутової адаптованості у хворих на ПШ. Так,

серед хворих переважали чоловіки (63,3%) і жінки (56,6%), які щодня виходили на прогулянку, а 16,6% чоловіків і 23,3% жінок прогулювалися кілька разів на тиждень.

Інтерес до читання у більшості хворих чоловіків (66,7%) був знижений. При цьому серед жінок переважали хворі (76,7%), які читали (в основному газети, журнали і детективи). Велика частина чоловіків (86,7%) щодня дивилися телевізор. У той же час у жінок тільки 46,6%. Крім цього, половина хворих чоловіків (53,3%) і жінок (46,6%) не відвідують театри, музеї, кінотеатри та інші місця відпочинку. У достовірної більшості хворих чоловіків (63,3%) і жінок (66,7%) збереглося спілкування з друзями та знайомими. У більшості хворих чоловіків (66,7%) і жінок (60%) хобі не було. Разом з тим, самостійно виконували роботу по дому 60% чоловіків і 73,3% жінок.

При цьому в цілому, свою денну активність значна частина хворих чоловіків (50%) і жінок (40%) оцінили як задовільну, а 13,3% хворих чоловіків і 16,7% жінок оцінили свою денну активність, як «погано». В цілому, 36,7% чоловіків та 43,3% жінок були задоволені своєю денною активністю (рис. 1).

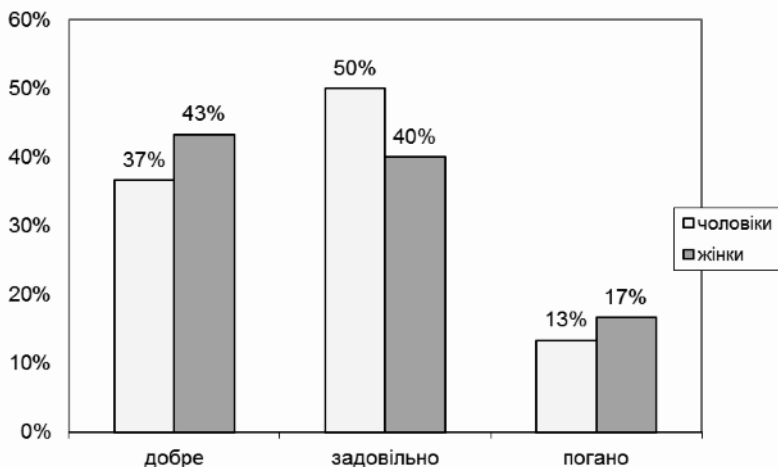


Рис. 1. Ступінь задоволеності власною денною активністю.

Своє матеріальне становище 41,6% чоловіків і 41% жінок оцінювали як достатнє, матеріальних коштів вистачало на задовільне харчування, періодично купувався одяг, був можливим недорогий відпочинок. Однак 25,8% чоловіків і 24,4% жінок відмітили, що ледве зводять «кінці з кінцями», матеріальних коштів вистачало лише на харчування, інші витрати були не доступні. В цілому, велика частина хворих чоловіків 58,4% і жінок 59% були не задоволені своїм матеріальним становищем.

Житлові умови були хорошими, за власною оцінкою, у 26,6% чоловіків і 23,3% жінок. Свої житлові умови значна частина хворих чоловіків (40%) і жінок (33,3%) оцінювали як задовільні. При цьому переважали хворі чоловіки і жінки, які суб'єктивно були задоволені своїми житловими умовами. Дослідження виявило, що більш ніж половина чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї, проте всі вони жили у сім'ях своїх родичів. Зберегли власні сім'ї і 31,4% чоловіків і 39,8% жінок, проте деякі з пацієнтів кожної з груп були офіційно одруженими, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість хворих чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. Але, незважаючи на досить складні взаємини з родичами, більшість хворих чоловіків (76,7%) і жінок (83,3%) з шизофренією це суб'єктивно цілком влаштувало.

Було виявлено, що більшість хворих чоловіків (63,3%) і жінок (60%) відзначали потребу мати друзів. Але при цьому у 26,7% хворих чоловіків та у 10% жінок, окрім спілкування з домашніми, мали невелике коло друзів і знайомих. Водночас, третина жінок (33,3%) спілкувалися не тільки з домашніми, але і з невеликою кількістю друзів і знайомих, у тому числі і з їх ініціативи. Тільки у 6,7% хворих

Таблиця 9. Розподіл досліджених за індикатором копінг-стратегій (%).

Рівень	Групи					
	Г1, n = 89			Г2, n = 78		
	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем	рішення проблем	пошук соціальної підтримки	уникнення проблем
дуже низький	73 (82,0)	0 (-)	0 (-)	71 (91,0)	0 (-)	0 (-)
низький	16 (18,0)	9 (10,1)	5 (5,6)	7 (8,9)	4 (5,1)	2 (2,6)
середній	0 (-)	58 (65,2)	12 (13,5)	0 (-)	41 (52,6)	7 (8,9)
високий	0 (-)	22 (24,7)	72 (80,9)	0 (-)	33 (42,3)*	69 (88,5)

жінок спілкування було обмежене лише сімейним оточенням. Більша частина хворих чоловіків (76,7%) і жінок (86,7%) суб'єктивно були задоволені широтою свого кола спілкування.

Методика «Індикатор копінг-стратегій Амірхана» дозволила виявити домінуючу копінг-стратегію при виникненні труднощів та неприємностей у обох групах досліджуваних. Отримані дані були занесені до *табл. 9*.

Серед досліджуваних Г1 та Г2 домінуючою була копінг-стратегія «уникнення проблем» (94,4% осіб Г1; 97,4% пацієток Г2), при якій хворі намагалися уникнути контакту з навколишньою дійсністю, піти від вирішення проблем. На другому місці за частотою використання знаходилась стратегія «пошук соціальної підтримки», яка широко використовувалась 89,9% хворих Г1 та 94,9% – Г2. Таким хворим було притаманне постійне звернення за допомогою і підтримкою до сім'ї, друзів, інших значущих людей. Поведінковою стратегією, що використовувалась мінімально хворими на параноїдну шизофренію чоловіками та жінками була копінг-стратегія «рішення проблем» (Г1 – 17,9%; Г2 – 8,9%). Такі пацієнти намагалися використовувати всі наявні у них особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблем.

За допомогою методики К. Роджерса та Р. Даймонда проведено вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з цим рис особистості (*рис. 2*).

За наведеними результатами виявлено, що серед досліджених Г1 та Г2 переважав потяг до домінування, при цьому дана тенденція достовірно частіше зустрічалась в групі чоловіків ($p < 0,05$). Найнижчі значення було отримано в обох групах за шкалами «адаптація» (Г1 – 32,41 бали, Г2 – 39,76

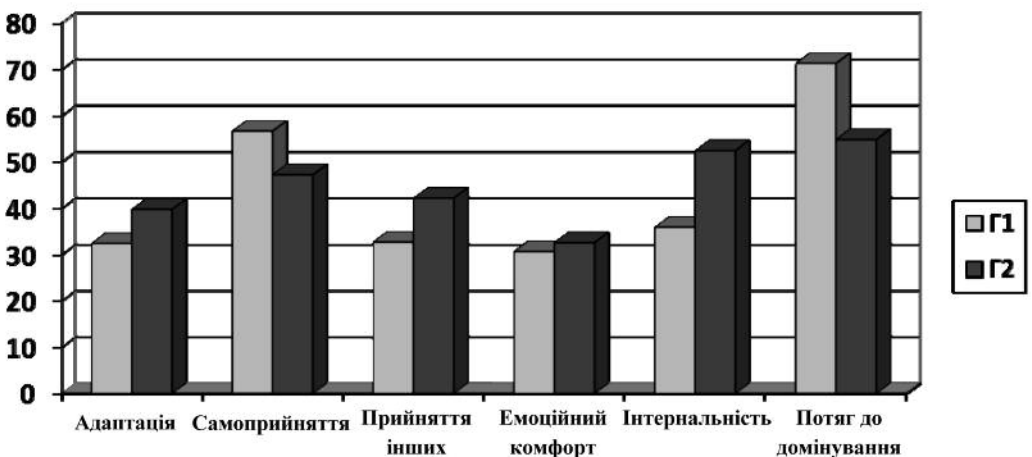


Рис. 2. Розподіл обстежених чоловіків та жінок з ПШ за рівнями адаптації.

бали), «емоційний комфорт» (Г1 – 30,65 бали, Г2 – 32,58 бали) та «прийняття інших» (Г1 – 32,71 бали, Г2 – 42,17 балів).

Висновки:

1. Виявлено, що більш ніж половина чоловіків (68,5%) і жінок (60,2%) на момент обстеження не мали власної сім'ї, проте всі вони жили у сім'ях своїх родичів. Зберегли власні сім'ї і 31,4% чоловіків і 39,8% жінок, проте деякі з пацієнтів кожної з груп були офіційно одруженими, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. Але, незважаючи на досить складні взаємини з родичами, більшість хворих чоловіків (76,7%) і жінок (83,3%) з ПШ це суб'єктивно цілком влаштувало.

2. Найбільш виражене почуття незадоволеності серед хворих чоловіків та жінок пов'язане з наступними факторами: «власний спосіб життя в цілому», «можливість вибору місця роботи», «можливість проводити відпустку», «дозвілля», «відносини з чоловіком / жінкою», «відносини з дітьми», «власне положення в суспільстві», «зміст своєї роботи в цілому», «умови професійної діяльності» та «обстановка в суспільстві (державі)»

3. Серед чоловіків та жінок домінуючою є копінг-стратегія «уникнення проблем» (94,4% осіб Г1; 97,4% пацієнток Г2), при якій хворі намагалися уникнути контакту з навколишньою дійсністю, піти від вирішення проблем. На другому місці за частотою використання знаходилась стратегія «пошук соціальної підтримки», яка широко використовувалась 89,9% хворих Г1 та 94,9% – Г2.

4. Гендерні особливості обстежених пацієнтів, які страждають на ПШ полягають у наступному. Особистісну організацію відрізняють специфічні фактори, їх комплекси і блоки. У жінок виявлено найбільші прояви тривоги, когнітивних порушень, ніж у чоловіків, в яких найбільш представлено інтроверсію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер. – М.: Медпрактика, 2007. – С. 17 – 29.
2. Евсегнеев Р. А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р. А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – №1. – С. 44 – 49.
3. Кожина А. М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А. М. Кожина, В. Е. Кришталь, Е. И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, вып. 2 (59). – С. 35.
4. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / [Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича]. – М., 1999. – 224 с.
5. Юрьева Л. Н. Шизофрения: Клиническое руководство для врачей / Л. Н. Юрьева. – Д.: «Новая идеология», 2010. – 244 с.
6. Goel N. Examine the intersection of sex and stress in modeling neuropsychiatric disorders / N. Goel, L. Bale // J. Neuroendocrinol. – 2007. – №4. – P. 415 – 420.
7. Mazza M. Machiavellianism and Theory of mind in people affected by schizophrenia / M. Mazza, A. De Risio, C. Tozzini. – N.Y.: Spread, 2003. – P. 262 – 269.