

К.В. Аймедов, Г.В. Морванюк

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ФОРМОЮ ШИЗОФРЕНІЇ З УРАХУВАННЯМ СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

psyhotip@gmail.com

Ключові слова:

параноїдна шизофренія,
гендерні особливості,
фармакотерапія,
психотерапія,
психосоціальна
реабілітація.

Представлену роботу присвячено актуальній меті – виявленню гендерних особливостей хворих на параноїдну шизофренію.

Для вирішення поставлених задач було обстежено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Виявлені клініко-психопатологічні, психоемоційні та психосоціальні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії, які мали гендерно обумовлені розбіжності в групах чоловіків та жінок. Визначені дезадаптивні характеристики чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію, стали мішенями гендерноспецифічних фармакологічних та психотерапевтичних інтервенцій на стаціонарному етапі, а також комплексних заходів психосоціальної реабілітації на амбулаторному етапі. Ефективність впровадженого комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів була доведена за допомогою оцінки позитивних змін, які відбулися в клініко-патопсихологічній, психоемоційній та психосоціальній сферах досліджених хворих після проведення терапії. Оцінка ефективності впровадженого лікувально-реабілітаційного комплексу дозволила констатувати достовірні позитивні зміни з боку клініко-психопатологічних, індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик.

Використання розроблених нами комплексних заходів фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної реабілітації дозволило нівелювати психотичні прояви та сформувати стабільний стан ремісії, зменшити дезадаптивні прояви в психоемоційній та когнітивній сферах, покращити соціальне функціонування хворого та його родини.

Актуальність теми. Параноїдна форма шизофренії є найпоширенішою та складною за клінічною картиною, перебігом і результатом, шизофренічним розладом [1, 5]. Розвивається вона у віці старше 20–23 років, проте можливий і ранній початок, тобто пізніше, ніж при гебефренній і кататонічній формах шизофренії [2, 3]. Як і для будь-якого типу шизофренії, для параноїдної форми властива зміна свідомості, розщеплення і порушення її цілісності [1, 4, 6].

Проблема перебігу та лікування шизофренії на даний момент не вивчена повністю. Поза дослідженнями залишається і гендерний аспект, який має значущу роль у специфіці перебігу більшості патологічних станів [2].

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило впродовж 2010–2015 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». У ході дослідження було обстежено 203 хворих на параноїдну форму шизофренії (ПФШ).

Таблиця 1. Розподіл досліджених за рівнем тривоги

Рівень тривоги	Г1 (n=89)		Г2 (n=78)	
	n	%	n	%
Високий рівень	72	80,90	49	62,83
Середній рівень	11	12,36	17	21,79
Низький рівень	6	6,74	12	15,38*

Примітка. * – різниця між групами є достовірною, $p < 0,05$.

Усі обстежувані були поділені 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 поінформовані щодо теми, мети та методів даного дослідження.

За допомогою психодіагностичних методик вивчали особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер досліджених пацієнтів з ПФШ.

Результати та їх обговорення

Першою психоемоційною характеристикою, що вивчалась, була тривожність.

Як свідчать дані таблиці 1, більшість досліджених у кожній з груп мали високий рівень тривоги (Г1 – 80,90%; Г2 – 62,83%), при цьому кількість високотривожних осіб серед чоловіків була більшою, порівняно з жінками, проте ця різниця не мала статистичної достовірності ($p > 0,05$). Достовірно більша кількість низькотривожних індивідів входили до складу Г2, у порівнянні з Г1 ($p < 0,05$).

Дані щодо розподілу досліджених за рівнями депресії наведено в таблиці 2.

Як свідчать дані таблиці, депресивні тенденції спостерігались у переважній більшості осіб, які входили до складу

Таблиця 2. Розподіл досліджених за рівнем депресії

Рівень тривоги	Г1 (n=89)		Г2 (n=78)	
	n	%	n	%
Високий рівень	35	39,33	27	34,62
Середній рівень	41	46,06	44	43,59
Низький рівень	13	14,61	7	8,97

обох груп (Г1 – 85,39%; Г2 – 78,21%), високий рівень депресії виявлено у 39,33% чоловіків та 34,62% жінок з ПФШ.

Дані, отримані за тестом Д. Расела та М. Фергюсона для діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності, наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Розподіл досліджених за рівнем суб'єктивного відчуття самотності

Рівень самотності	Г1 (n=89)			Г2 (n=78)		
	n	%	±m	n	%	±m
Високий рівень	20	22,5	4,4	29	37,2	5,5*
Середній рівень	55	61,8	5,2	38	48,7	5,7
Низький рівень	14	15,7	3,9	11	14,1	3,9

Отримані дані свідчать про те, що для більш ніж половини досліджених Г1 (61,8 %) та Г2 (48,7 %) характерним був середній рівень суб'єктивного відчуття самотності. Проте значна частка хворих, які страждали на ПФШ (Г1 – 22,5 %; Г2 – 37,2 %), відмічали, що відчувають недостатність розуміння з боку оточуючих, відсутність близьких стосунків, відчуття ізольованості, відстороненості, скутості в спілкуванні, що загалом свідчило про високий рівень суб'єктивного відчуття самотності.

Індивідуально-психологічні особливості хворих на ПФШ вивчали за допомогою Міннесотського мультифакторного особистісного опитувальника «Міні-Мульт», у результаті чого були виявлені домінуючі типи особистості та побудовані усереднені «профілі особистості» досліджуваних кожної групи. У таблиці 4 наведені середні значення за кожною шкалою серед осіб Г1 та Г2.

Таблиця 4. Розподіл досліджених за основними та оціночними шкалами за допомогою особистісного опитувальника «Міні-Мульт»

Шкали	Середні бали	
	Г1 (n=89)	Г2 (n=78)
Шкала іпохондрії (HS)	5,3	5,7
Шкала депресії (D)	5,1	5,4
Шкала істерії (Hy)	5,8	6,2
Шкала психопатії (Pd)	8,5	9,1*
Шкала маскуліності – фемінності (Mf)	5,7	5,9
Шкала параної (Pa)	9,5	9,6
Шкала психастенії (Pt)	5,4	5,7
Шкала шизофренії (Sc)	9,8	9,7
Шкала гіпоманії (Ma)	6,9	7,0
Шкала соціальної інтроверсії (Si)	9,2	8,9

У даному дослідженні ми використовували спосіб кодування за Хатеуей, при якому шкали, які знаходяться в зоні 45–55 Т-балів, не заносили зовсім, замість них ставили прочерк «-»; шкали, розташовані вище 70 Т-балів, відокремлювали апострофом «'», за ними наводили шкали, що знаходились в зоні 55–69 Т-балів

і вище; потім, після знака «/», записували шкали, розташовані нижче 45 Т-балів. Показники шкал достовірності наводили в сирих балах послідовно, відповідно L: F: K через двокрапку, при цьому ставили знак «X» перед рядом шкал достовірності, якщо хоча б за однією з них профіль був недостовірним.

У результаті аналізу результатів психодіагностичного обстеження пацієнтів з ПФШ за допомогою тесту «Міні-Мульт» у цьому дослідженні визначилося п'ять досить типових варіантів малюнка профілю особистості.

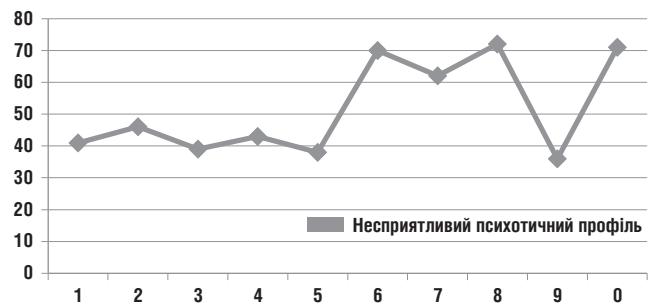


Рис. 1. Усереднений несприятливий психотичний профіль хворих на ПФШ

Найнесприятливіший тип профілю особистості – «несприятливий-психотичний» – «Д». Код профілю за Хатеуей 860'7- / 41395. Найхарактерніший патерн даного профілю – «параноїдний зубець», утворений шкалами «шизофренії», «паранойальності» і «психастенії», розташованими вище середньої лінії профілю, вказує на високу ймовірність наявності у хворого продуктивної психопатологічної симптоматики в рамках параноїдного або галюцинаторно-параноїдного синдрому; до проведення комплексної терапії відзначений у та 53,93 % обстежених Г1 та у 52,56% Г2.

Наступним характерним профілем був «несприятливий-гіпотимічний» – «Г» – тип профілю особистості (рис. 2). Код профілю за Хатеуей 2'780- / 1349. Провідний компонент – виражений пік за шкалою «депресії» з низькорозташованою («негативний» пік) шкалою «гіпоманії», що свідчать про високу ймовірність депресивної симптоматики, аж до суїцидальних тенденцій. Даний тип профілю відзначений у 11,24% пацієнтів Г1 та у 14,10% хворих Г2.



Рис. 2. Усереднений несприятливий гіпотимічний профіль хворих на ПФШ

До відносно сприятливого варіанту профілю особистості можна віднести профіль «відносно сприятливого невротичного» типу (рис. 3). Код за Хатеуей 12'370 / 8954. Малюнок профілю часто супроводжується помірно вираженим піком за шкалою психастенії, що і характерно для виразного негативного нахилу.



Рис. 3. Усереднений відносно сприятливий невротичний профіль хворих на ПФШ

Профіль особистості, близький до виділеного у цьому дослідженні «відносно сприятливого соматоформного» типу (рис. 4), слід віднести до числа досить сприятливих, ґрунтуючись на задовільній соціальній адаптації хворих з подібними особистісними властивостями. Код профілю за Хатеуей 3'1697-/. Найхарактерніший патерн – «конверсійна п'ятірка», утворена шкалами іпохондрії, депресії та істерії, розташована вище середньої лінії профілю і показує високу ймовірність соматичної каналізації тривоги. Серед обстежених хворих до проведення курсу терапії профіль даного типу був відзначений у 12,36 % хворих Г1 та у 10,26 % хворих Г2.



Рис. 4. Усереднений відносно сприятливий соматоформний профіль хворих на ПФШ

Найсприятливіший варіант профілю MMPI – «відносно-нормативний» (рис. 5). Віддаючи собі звіт в тому, що низько розташований, сплющений профіль, характерний для конкордантності норми, при шизофренії може іноді відображати лише прояви вольового дефекту з емоційною тупістю і некритичністю, дослідник повинен враховувати результати клініко-психопатологічного вивчення хворого і відповідно підходити до формальної оцінки результатів MMPI. Код профілю за Хатеуей '94 – / 237158. До проведення терапії «відносно-нормативний» тип профілю особистості відзначений у 7,86 % обстежених хворих Г1 та у 10,26 % хворих Г2. У ході діагностики для вивчення статевої відмінності особистісних характеристик та розладів мислення у хворих на ПФШ був використаний метод піктограм.

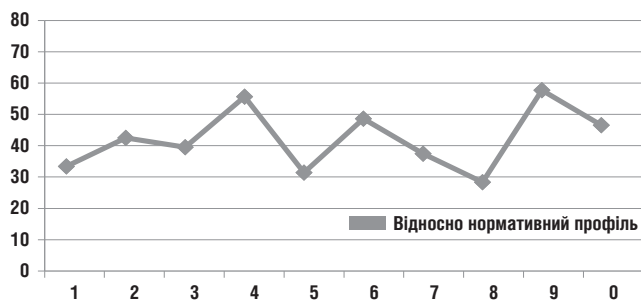


Рис. 5. Усереднений відносно нормативний профіль хворих на ПФШ

Аналіз даних, отриманих за допомогою тесту «Піктограми», показав, що для усіх символічних малюнків був характерний шизофренічний симптомокомплекс, який включав у себе:

1. Недостатнє або спотворене розуміння сенсу завдання (6; 10 % досліджуваних) – хворі на параноїдну форму шизофренії трактували дослідження відповідно до змісту своїх маячних ідей.
2. Зниження числа адекватних образів (27; 45 % досліджуваних) – при шизофренії виявилися три типи неадекватних образів: неадекватні за змістом (37%) – причина виникнення такого роду образів лежить в різного ступеня афективній насиченості розумового акту; неадекватні за процесом побудови (33,3%) – обумовлені порушенням динаміки психічних процесів; неадекватні за суб'єктивною значущістю (29,7%) – надмірна егоцентричність образів або їх холодність, формальність, відчуженість.
3. Зниження числа стандартних образів (24; 40% досліджуваних).
4. Наявність персеверативних тенденцій малюнків (15; 25% досліджуваних).

Також було проведено аналіз гендерних особливостей піктограм. У більшості чоловіків (19; 63,3%) простежується збільшення числа атрибутивних образів, які є економічними у відношенні образотворчих засобів. Також досить часто зустрічаються конкретні образи (14; 23,3%), загальна властивість цих образів – їх відповідність конкретній ситуації (рис. 2). Водночас у жінок спостерігалось більше метафоричних (16; 53,3%) та графічних (13; 43,3%) образів.

Для визначення рівня ригідності було використано Томський опитувальник ригідності Залевського. Отримані за цією методикою дані були занесені до таблиці 5.

Таблиця 5. Розподіл досліджених за рівнем ригідності (середній бал)

Шкала	Г1 (n=89)	Г2 (n=78)
Загальна ригідність (СКР)	146,2↑	150,4↑
Актуальна ригідність (АР)	41,6↑	45,1↑
Сенситивна ригідність (СР)	45,8↑	46,3↑
Установочна ригідність (УР)	43,7↑	37,9↑
Ригідність, як стан (PCO)	12,5↑	17,2↑
Преморбідна шкала (ПМР)	37,0→	37,6→

Примітки: ↑ – високий рівень; → – помірний рівень з тенденцією до високого.

Як свідчать дані таблиці 5, характерним для хворих як чоловічої, так і жіночої статі було підвищення рівня загальної ригідності (СКР), що супроводжувалось поведінковими порушеннями у формі персеверацій, нав'язливостей, стереотипів, упертості, педантизму. При цьому бал за шкалою СКР у групі жінок був дещо вищий, ніж у групі чоловіків. Щодо окремих аспектів шкали СКР, в обох досліджених групах було також виявлено підвищення показників за шкалами актуальної, сенситивної, установочної ригідності, а також ригідності як стану.

Так, за шкалою актуальної ригідності показники були підвищені у обох групах дослідження. Такі хворі характеризувалися нездатністю при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку, мотиви, модус переживання.

Високий бал за шкалою CP, отриманий чоловіками та жінками, які страждають на параноїдну форму шизофренії, свідчить про наявність так званої неофобії, тобто негативно забарвленої емоційної реакції пацієнтів на нові ситуації, що вимагають якихось змін звичного способу життя.

У обстежених хворих Г1 та Г2 ригідність як стан (реакція) нерідко поєднувалась з ригідністю як рисою характеру і проявлялася виключно сильно і тотально. У стані страху, стресу (дистресу), поганого настрою, втоми або якого-небудь хворобливого стану пацієнти мали високий рівень схильності до ригідної (фіксованої) поведінки, про що свідчило підвищення за шкалою PCO, яке спостерігалось в обох групах дослідження.

Якщо за вищезазначеними шкалами AP, CP та PCO незначне переважання за середнім балом відмічалось у групі жінок (Г2), протилежні тенденції відзначались щодо шкали UP, вищий бал за якою відмічався в Г1. Високі показники за шкалою UP свідчили про виражену позицію, відношення або установку на неприйняття нового, небажання змінювати свої дезадаптивні особливості, самооцінку, рівень домагань, систему цінностей, звички тощо.

Помірний рівень ригідності за шкалою ПМР, виявлений у більшості досліджених в Г1 та Г2, дозволив зробити висновок, що у підлітковому і юнацькому (шкільному)

віці пацієнти не зазнавали труднощів у ситуаціях будь-яких змін, появи нового, тощо, а більшу ригідність почали відчувати в дорослому віці.

Висновки

Проблема перебігу та лікування шизофренії на даний момент не вивчена повністю. Поза дослідженнями залишається і гендерний аспект, який має значущу роль у специфіці перебігу більшості патологічних станів.

У результаті проведеного дослідження у хворих на ПФШ було відзначено дисгармонійні індивідуально-психологічні характеристики: несприятливий тип особистісного профілю, порушення у когнітивній сфері, підвищений рівень ригідності як якості особистості.

Список використаної літератури

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: краткое руководство / В. Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: Медицина, 2007. – С. 13–25.
3. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов – Москва, 2001. – 238 с.
4. Психиатрия и наркология: учебник / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко и др.; под ред. В. Л. Гавенко, В. С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
5. Flanagan R. J. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry / R. J. Flanagan, L. Dunk // Human Psychopharmacology. – 2008. – P. 27–41.
6. Hofer A. Quality of Life in Schizophrenia: the Impact of Psychopathology, Attitude Toward Medication, and Side Effects / A. Hofer // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65, № 6. – P. 864–866.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

К.В. Аймедов, А.В. Морваниук

Представленное исследование посвящено актуальной цели – выявлению гендерных особенностей больных параноидной шизофренией.

Для решения поставленных задач было обследовано 167 больных параноидной формой шизофрении. Были обнаружены клинично-психопатологические, психоэмоциональные и психосоциальные особенности больных параноидной формой шизофрении, которые имели гендерно обусловленные различия в группах мужчин и женщин. Определенные дезадаптивные характеристики мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией, стали мишенями гендерноспецифических фармакологических и психотерапевтических интервенций на стационарном этапе, а также комплексных мер психосоциальной реабилитации на амбулаторном этапе. Эффективность внедренного комплекса терапевтических и реабилитационных мероприятий была доказана с помощью оценки позитивных изменений, которые произошли в клинично-патопсихологической, психоэмоциональной и психосоциальной сферах исследованных больных после проведения терапии. Оценка эффективности внедренного лечебно-реабилитационного комплекса позволила констатировать достоверные положительные изменения со стороны клинично-психопатологических, индивидуально-психологических и психосоциальных характеристик.

Использование разработанных нами комплексных мероприятий фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной реабилитации позволило нивелировать психотические проявления и сформировать стабильное состояние ремиссии, уменьшить дезадаптивные проявления в психоэмоциональной и когнитивной сферах, улучшить социальное функционирование больного и его семьи.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, гендерные особенности, фармакотерапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA TAKING INTO ACCOUNT SEX

K. Aymedov, A. Morvaniuk

Presented article is devoted to the actual development of measures aimed pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation considering gender characteristics of patients with paranoid schizophrenia, assessing their effectiveness.

To solve the problems were examined 167 patients with paranoid form of schizophrenia. Were found clinical-pathopsychological, psycho-emotional and psychosocial features of the patients with paranoid form of schizophrenia, which were due to gender differences in the groups of men and women. Designated maladaptive characteristics of male and female patients with paranoid schizophrenia, became targets of gender-specific pharmacological and psychotherapeutic interventions in the stationary phase and of psychosocial rehabilitation through outpatient period. The effectiveness of implemented complex of therapeutic and rehabilitation activities has been proved by assessing the positive changes that have occurred in the groups of patients in clinical-pathopsychological, psycho-emotional and psychosocial areas after treatment. Evaluating the effectiveness of implemented treatment and rehabilitation complex allowed to establish significant positive changes in the clinical and psychopathological, individual psychological and psychosocial characteristics.

Using the comprehensive measures we developed pharmacotherapy, psychotherapy and psychosocial rehabilitation possible to reverse the psychotic manifestations and form a stable remission, reduce maladaptive manifestation in psycho-emotional and cognitive areas, improve the social functioning of the patient and his family.

Key words: schizophrenia, gender characteristics, pharmacotherapy, psychotherapy, psychosocial rehabilitation.