

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

К. А. КОСЕНКО

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ МОДЕЛЯМИ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
Одеський обласний психоневрологічний диспансер*

Проаналізовано клініко-психопатологічні прояви параноїдної шизофренії у 150 хворих жінок із різними моделями родинної взаємодії, виокремлено клінічні особливості, що мають вплив на стан сімейного функціонування. Виявлено, що непередбачений характер сполучення психопатологічних проявів призводить до виникнення «неякісного» родинного функціонування внаслідок паралельної дії симптомів. Визначено, що збереження у жінок тих чи інших навичок соціального функціонування істотно залежить від моделі родинної взаємодії. Ці навички мають стати «базовими», виходячи з рівня їх збереженості, необхідно планувати стратегію відновлення родинної взаємодії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, родинна взаємодія, жінки.

Останніми роками представники наукового і клінічного поля психіатрії дедалі більше уваги приділяють вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного й психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань (системний сімейний підхід). Визнано, що вирішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я забезпечує щоденну турботу про потреби психічно хворого і необхідний для його одужання режим. Тому сім'я, поряд із самим пацієнтом і лікарем/психологом, розглядається як один із активних учасників терапевтичного процесу [1–8].

Проте для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування у родинах психічно хворих із різними моделями взаємодії, для розробки в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї.

Мета нашої роботи — проведення порівняльного аналізу клініко-психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії (ПШ) у жінок із різними моделями родинної взаємодії.

Основа роботи становили результати клініко-психопатологічного дослідження 150 жінок, хворих на ПШ, яке було проведено упродовж 2010–2013 рр. на базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру. Обстежені хворі були розділені на групи залежно від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) — 35 жінок із ПШ, які мають здорового чоловіка; основна група 2 (ОГ2) — 40 жінок, які страждають на ПШ, мають здорового чоловіка та дітей; основна група 3 (ОГ3) — 35 жінок, які хворіють на ПШ, проживають із батьками (власної родини та дітей не мають); основна група 4 (ОГ4) — 40 жінок із ПШ, які проживають із дорослими дітьми.

Клініко-психопатологічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z-кодів (вісь 3)

МКХ-10 та обстеження за допомогою опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (модуль F2: психотичний синдром), Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів (PANSS).

Розподіл хворих за віком й типом перебігу ПШ відображено у табл. 1, дані якої свідчать, що серед жінок в усіх групах за цими критеріями істотних відмінностей не виявлено. Така ситуація свідчить про однорідність виборки, що надає можливість вивчати та аналізувати клініко-психопатологічні особливості жінок. Але можна відзначити, що в ОГ1 у пацієнок віком 50–59 років відносно високий показник (більше 30%) усіх типів перебігу шизофренії; віком 20–29 років — F20.02. В ОГ2 відносно високий показник у хворих віком 20–29 років — F20.02; в ОГ3 у пацієнок віком 30–39 років — F20.00 та F20.01, віком 40–49 років — F20.02; в ОГ4 в обстежених віком 20–29 років — F20.02; віком 30–39 років — F20.01, віком 40–49 років — F20.00. Ці особливості враховані нами при подальшій розробці системи психотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні хворих на ПШ залежно від моделі їхньої родинної взаємодії.

В обстежених пацієнок за ступенем прояву переважав депресивний синдром (табл. 2): в ОГ1 — 28,6%, ОГ2 — 27,5%, ОГ3 — 25,7%, ОГ4 — 25,0% хворих жінок ($p < 0,05$). Клініко-динамічне дослідження свідчило про відносну стабільність клінічної картини у хворих усіх груп ($p < 0,05$). Треба зазначити, що в цілому діагностовані синдроми виявлено при безперервному (F20.00), епізодичному з прогредієнтним перебігом (F20.01) та епізодичному перебігу зі стабільним дефектом (F20.02) ПШ ($p < 0,001$).

Вивчення розподілу за типом перебігу та провідним клінічним синдромом ПШ (табл. 3) довело, що серед обстежених ОГ1 частка синдромів при безперервному перебігу становила 28,6%, при епізодичному із прогредієнтним перебігом — 37,1%, при епізодичному зі стабільним дефектом — 34,3% ($p < 0,05$); в обстежених ОГ2 відповідно 32,5; 35,0; 32,5% ($p < 0,05$); в обстежених ОГ3 — 34,3; 34,3; 31,4% ($p < 0,05$); в обстежених ОГ4 — 30,0; 32,5; 37,5% ($p < 0,05$). Даний розподіл свідчить про наявність у хворих жінок як наростаючої симптоматики, так і відносно стабільного дефекту. Глибина ремісії у них істотно не відрізнялася: у пацієнок усіх досліджених груп вона становила від 2,1 до 3,1 року (у середньому 2,6 року).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком і типом перебігу параноїдної шизофренії

| Тип перебігу за МКХ-10 | ОГ1, n = 35 | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | 20–29 років, n = 8 | | 30–39 років, n = 7 | | 40–49 років, n = 8 | | 50–59 років, n = 12 | |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| F20.00 | 3 | 25,0 | 2 | 16,7 | 3 | 25,0 | 4 | 33,3 |
| F20.01 | 1 | 10,0 | 2 | 20,0 | 3 | 30,0 | 4 | 40,0 |
| F20.02 | 4 | 30,8 | 3 | 15,4 | 2 | 15,4 | 4 | 30,8 |
| | ОГ2, n = 40 | | | | | | | |
| | 20–29 років, n = 12 | | 30–39 років, n = 9 | | 40–49 років, n = 10 | | 50–59 років, n = 9 | |
| F20.00 | 4 | 28,6 | 3 | 21,4 | 3 | 21,4 | 4 | 28,6 |
| F20.01 | 3 | 27,3 | 3 | 27,3 | 3 | 27,3 | 2 | 18,2 |
| F20.02 | 5 | 33,3 | 3 | 20,0 | 4 | 26,7 | 3 | 20,0 |
| | ОГ3, n = 35 | | | | | | | |
| | 20–29 років, n = 9 | | 30–39 років, n = 10 | | 40–49 років, n = 8 | | 50–59 років, n = 8 | |
| F20.00 | 3 | 25,0 | 4 | 33,3 | 2 | 16,7 | 3 | 25,0 |
| F20.01 | 3 | 27,3 | 4 | 36,4 | 2 | 18,2 | 2 | 18,2 |
| F20.02 | 3 | 25,0 | 2 | 16,7 | 4 | 33,3 | 3 | 25,0 |
| | ОГ4, n = 40 | | | | | | | |
| | 20–29 років, n = 11 | | 30–39 років, n = 10 | | 40–49 років, n = 11 | | 50–59 років, n = 8 | |
| F20.00 | 3 | 23,1 | 3 | 23,1 | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 |
| F20.01 | 3 | 23,1 | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 | 3 | 23,1 |
| F20.02 | 5 | 35,7 | 3 | 21,4 | 4 | 28,6 | 2 | 14,3 |

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнює $p \leq 0,001$. Те саме у табл. 2.

Таблиця 4

Розподіл середнього значення та структури синдромів при різних моделях родинної взаємодії у жінок, які страждають на параноїдну шизофренію

| Синдроми | Симптоми | ОГ1 | | | ОГ2 | | | ОГ3 | | | ОГ4 | | |
|------------------------------------|----------|-----|-------|---------|-----|-------|---------|-----|-------|---------|-----|-------|---------|
| | | бал | % | $\pm m$ | бал | % | $\pm m$ | бал | % | $\pm m$ | бал | % | $\pm m$ |
| Позитивні (P1-P7) | 1 | 4 | 12,1 | 3,3 | 5 | 14,7 | 3,5 | 6 | 16,2 | 3,7 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| | 2 | 5 | 15,2 | 3,6 | 6 | 17,6 | 3,8 | 5 | 13,5 | 3,4 | 6 | 16,7 | 3,7 |
| | 3 | 4 | 12,1 | 3,3 | 4 | 11,8 | 3,2 | 5 | 13,5 | 3,4 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| | 4 | 5 | 15,2 | 3,6 | 5 | 14,7 | 3,5 | 6 | 16,2 | 3,7 | 6 | 16,7 | 3,7 |
| | 5 | 4 | 12,1 | 3,3 | 4 | 11,8 | 3,2 | 4 | 10,8 | 3,1 | 4 | 11,1 | 3,1 |
| | 6 | 6 | 18,2 | 3,9 | 5 | 14,7 | 3,5 | 6 | 16,2 | 3,7 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| | 7 | 5 | 15,2 | 3,6 | 5 | 14,7 | 3,5 | 5 | 13,5 | 3,4 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| | ЗБ, % | 33 | 100,0 | | 34 | 100,0 | | 37 | 100,0 | | 36 | 100,0 | |
| | СБ | 4,7 | — | — | 4,9 | — | — | 5,3 | — | — | 5,1 | — | — |
| Негативні (N1-N7) | 1 | 4 | 11,4 | 3,2 | 5 | 12,8 | 3,3 | 6 | 16,2 | 3,7 | 5 | 13,2 | 3,4 |
| | 2 | 5 | 14,3 | 3,5 | 6 | 15,4 | 3,6 | 5 | 13,5 | 3,4 | 6 | 15,8 | 3,6 |
| | 3 | 5 | 14,3 | 3,5 | 5 | 12,8 | 3,3 | 6 | 16,2 | 3,7 | 5 | 13,2 | 3,4 |
| | 4 | 6 | 17,1 | 3,8 | 6 | 15,4 | 3,6 | 5 | 13,5 | 3,4 | 6 | 15,8 | 3,6 |
| | 5 | 5 | 14,3 | 3,5 | 5 | 12,8 | 3,3 | 6 | 16,2 | 3,7 | 5 | 13,2 | 3,4 |
| | 6 | 5 | 14,3 | 3,5 | 6 | 15,4 | 3,6 | 5 | 13,5 | 3,4 | 5 | 13,2 | 3,4 |
| | 7 | 5 | 14,3 | 3,5 | 6 | 15,4 | 3,6 | 4 | 10,8 | 3,1 | 6 | 15,8 | 3,6 |
| | ЗБ, % | 35 | 100,0 | | 39 | 100,0 | | 37 | 100,0 | | 38 | 100,0 | |
| | СБ | 5,0 | — | — | 5,6 | — | — | 5,3 | — | — | 5,4 | — | — |
| Загально-психопатологічні (G1-G16) | 1 | 6 | 7,0 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 2 | 6 | 7,0 | 2,5 | 4 | 4,8 | 2,1 | 5 | 5,7 | 2,3 | 4 | 4,8 | 2,1 |
| | 3 | 5 | 5,8 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 | 6 | 6,9 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 4 | 5 | 5,8 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 5 | 5 | 5,8 | 2,3 | 4 | 4,8 | 2,1 | 6 | 6,9 | 2,5 | 4 | 4,8 | 2,1 |
| | 6 | 6 | 7,0 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 7 | 5 | 5,8 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 | 5 | 5,7 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | 8 | 5 | 5,8 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 | 6 | 6,9 | 2,5 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | 9 | 5 | 5,8 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 10 | 6 | 7,0 | 2,5 | 6 | 7,1 | 2,6 | 6 | 6,9 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 11 | 5 | 5,8 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 12 | 5 | 5,8 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 | 6 | 6,9 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 |
| | 13 | 6 | 7,0 | 2,5 | 6 | 7,1 | 2,6 | 5 | 5,7 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | 14 | 5 | 5,8 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 | 6 | 6,9 | 2,5 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | 15 | 6 | 7,0 | 2,5 | 5 | 6,0 | 2,4 | 5 | 5,7 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | 16 | 5 | 5,8 | 2,3 | 6 | 7,1 | 2,6 | 6 | 6,9 | 2,5 | 6 | 7,1 | 2,6 |
| | ЗБ, % | 86 | 100,0 | | 84 | 100,0 | | 87 | 100,0 | | 84 | 100,0 | |
| СБ | 5,4 | — | — | 5,3 | — | — | 5,4 | — | — | 5,3 | — | — | |

Примітка. ЗБ — загальний бал, СБ — середній бал; достовірність розбіжностей показників між шкалами дорівнює від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$. Те саме в табл. 5, 6.

У жінок ОГ1 серед позитивних синдромів, що значно впливають на родинне функціонування (6 і більше балів), визначено: P6 — 18,2±3,9%, N4 — 17,1±3,8%, G1 — 7,0±2,5%,

G2 — 7,0±2,5%, G6 — 7,0±2,5%, G10 — 7,0±2,5%, G13 — 7,0±2,5%, G15 — 7,0±2,5% ($p < 0,001$); у пацієнтів ОГ2 виявлено відповідно: P2 — 17,6±3,8%, N2 — 15,4±3,6%, N4 — 15,4±3,6%,

N6 — 15,4±3,6%, N7 — 15,4±3,6%, G7 — 7,1±2,6%, G10 — 7,1±2,6%, G12 — 7,1±2,6%, G13 — 7,1±2,6%, G14 — 7,1±2,6%, G16 — 7,1±2,6% ($p < 0,001$); у хворих ОГ3: P1 — 16,2±3,7%, P4 — 16,2±3,7%, P6 — 16,2±3,7%, N1 — 16,2±3,7%, N3 — 16,2±3,7%, N5 — 16,2±3,7%, G3 — 6,9±2,5%, G5 — 6,9±2,5%, G8 — 6,9±2,5%, G10 — 6,9±2,5%, G12 — 6,9±2,5%, G14 — 6,9±2,5%, G16 — 6,9±2,5% ($p < 0,001$); в обстежених ОГ4:

P2 — 16,7±3,7%, P4 — 16,7±3,7%, N2 — 15,8±3,6%, N4 — 15,8±3,6%, N7 — 15,8±3,6%, G7 — 7,1±2,6%, G8 — 7,1±2,6%, G13 — 7,1±2,6%, G14 — 7,1±2,6%, G15 — 7,1±2,6%, G16 — 7,1±2,6% ($p < 0,001$).

Середній бал серед позитивних синдромів становив у пацієнтів ОГ1 — 4,7; ОГ2 — 5,9; ОГ3 — 5,3; ОГ4 — 5,1; серед негативних: ОГ1 — 5,0; ОГ2 — 5,6; ОГ3 — 5,3; ОГ4 — 5,4; серед загально-психопатологічних: ОГ1 — 5,4; ОГ2 — 5,3; ОГ3 — 5,4;

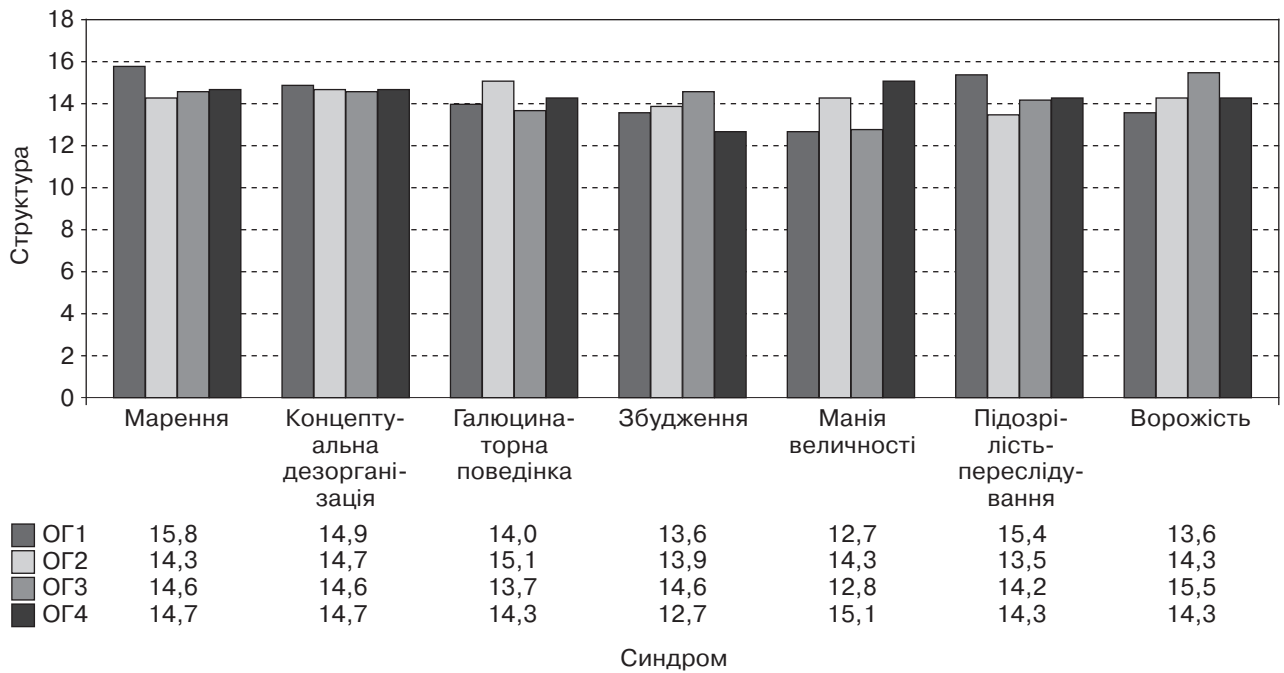


Рис. 1. Структура позитивних синдромів в обстежених хворих на параноїдну шизофренію

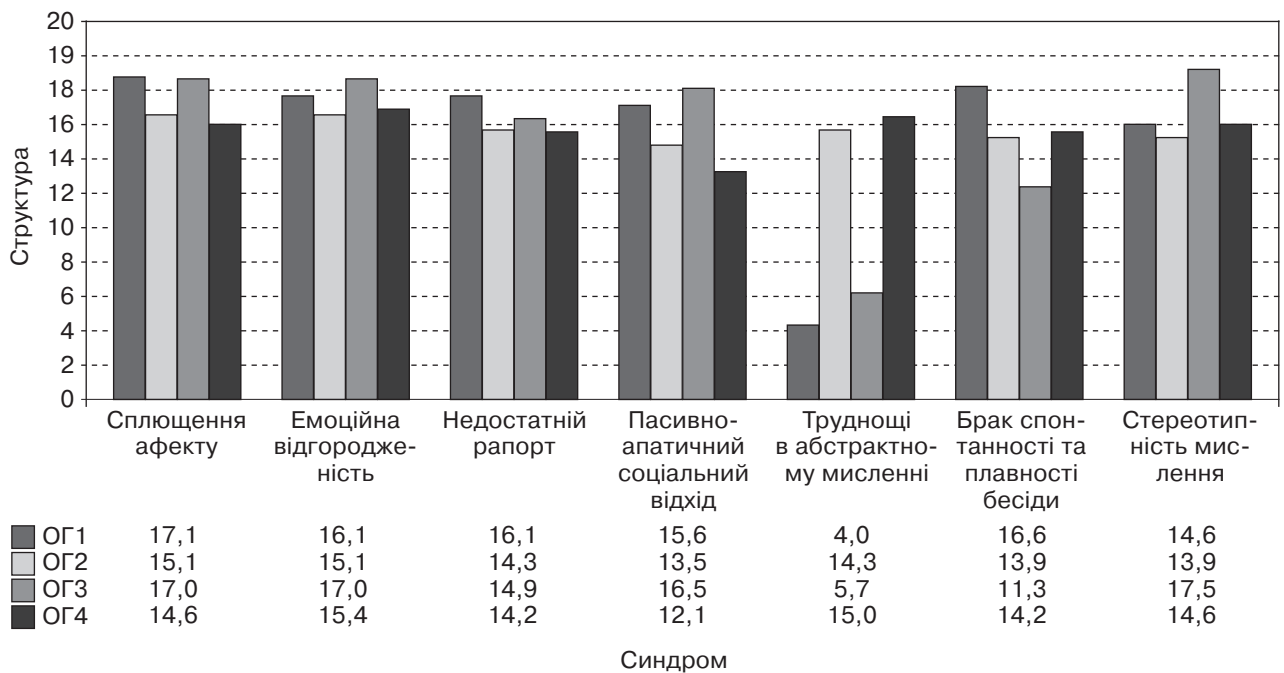


Рис. 2. Структура негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

Структура позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Група | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|
| | | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | |
| | | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Марення | ОГ1 | 3 | 8,6 | 2,8 | 9 | 25,7 | 4,4 | 12 | 34,3 | 4,7 | 11 | 31,4 | 4,6 |
| | ОГ2 | 3 | 8,1 | 2,7 | 8 | 21,6 | 4,1 | 18 | 48,6 | 5,0 | 8 | 21,6 | 4,1 |
| | ОГ3 | 3 | 9,4 | 2,9 | 8 | 25,0 | 4,3 | 11 | 34,4 | 4,7 | 10 | 31,3 | 4,6 |
| | ОГ4 | 4 | 10,8 | 3,1 | 9 | 24,3 | 4,3 | 17 | 45,9 | 5,0 | 7 | 18,9 | 3,9 |
| Концепту- альна дезоргані- зація | ОГ1 | 4 | 12,1 | 3,3 | 12 | 36,4 | 4,8 | 13 | 39,4 | 4,9 | 4 | 12,1 | 3,3 |
| | ОГ2 | 2 | 5,3 | 2,2 | 12 | 31,6 | 4,6 | 15 | 39,5 | 4,9 | 9 | 23,7 | 4,3 |
| | ОГ3 | 4 | 12,5 | 3,3 | 11 | 34,4 | 4,7 | 12 | 37,5 | 4,8 | 5 | 15,6 | 3,6 |
| | ОГ4 | 2 | 5,4 | 2,3 | 11 | 29,7 | 4,6 | 16 | 43,2 | 5,0 | 8 | 21,6 | 4,1 |
| Галюцина- торна поведінка | ОГ1 | 4 | 12,9 | 3,4 | 14 | 45,2 | 5,0 | 11 | 35,5 | 4,8 | 2 | 6,5 | 2,5 |
| | ОГ2 | 4 | 10,3 | 3,0 | 13 | 33,3 | 4,7 | 16 | 41,0 | 4,9 | 6 | 15,4 | 3,6 |
| | ОГ3 | 4 | 13,3 | 3,4 | 13 | 43,3 | 5,0 | 10 | 33,3 | 4,7 | 3 | 10,0 | 3,0 |
| | ОГ4 | 4 | 11,1 | 3,1 | 13 | 36,1 | 4,8 | 14 | 38,9 | 4,9 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| Збудження | ОГ1 | 2 | 6,7 | 2,5 | 11 | 36,7 | 4,8 | 15 | 50,0 | 5,0 | 2 | 6,7 | 2,5 |
| | ОГ2 | 9 | 25,0 | 4,3 | 14 | 38,9 | 4,9 | 11 | 30,6 | 4,6 | 2 | 5,6 | 2,3 |
| | ОГ3 | 3 | 9,4 | 2,9 | 12 | 37,5 | 4,8 | 14 | 43,8 | 5,0 | 3 | 9,4 | 2,9 |
| | ОГ4 | 5 | 15,6 | 3,6 | 12 | 37,5 | 4,8 | 12 | 37,5 | 4,8 | 3 | 9,4 | 2,9 |
| Манія величності | ОГ1 | 3 | 37,5 | 4,8 | 5 | 62,5 | 4,8 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| | ОГ2 | 5 | 13,5 | 3,4 | 13 | 35,1 | 4,8 | 15 | 40,5 | 4,9 | 4 | 10,8 | 3,1 |
| | ОГ3 | 2 | 28,6 | 4,5 | 4 | 57,1 | 4,9 | 1 | 14,3 | 3,5 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| | ОГ4 | 4 | 10,5 | 3,1 | 13 | 34,2 | 4,7 | 16 | 42,1 | 4,9 | 5 | 13,2 | 3,4 |
| Підозрі- лість- пересліду- вання | ОГ1 | 9 | 26,5 | 4,4 | 11 | 32,4 | 4,7 | 11 | 32,4 | 4,7 | 3 | 8,8 | 2,8 |
| | ОГ2 | 4 | 11,4 | 3,2 | 11 | 31,4 | 4,6 | 18 | 51,4 | 5,0 | 2 | 5,7 | 2,3 |
| | ОГ3 | 8 | 25,8 | 4,4 | 10 | 32,3 | 4,7 | 10 | 32,3 | 4,7 | 3 | 9,7 | 3,0 |
| | ОГ4 | 4 | 11,1 | 3,1 | 12 | 33,3 | 4,7 | 17 | 47,2 | 5,0 | 3 | 8,3 | 2,8 |
| Ворожість | ОГ1 | 6 | 20,0 | 4,0 | 10 | 33,3 | 4,7 | 10 | 33,3 | 4,7 | 4 | 13,3 | 3,4 |
| | ОГ2 | 3 | 8,1 | 2,7 | 11 | 29,7 | 4,6 | 16 | 43,2 | 5,0 | 7 | 18,9 | 3,9 |
| | ОГ3 | 5 | 14,7 | 3,5 | 13 | 38,2 | 4,9 | 12 | 35,3 | 4,8 | 4 | 11,8 | 3,2 |
| | ОГ4 | 2 | 5,6 | 2,3 | 11 | 30,6 | 4,6 | 15 | 41,7 | 4,9 | 8 | 22,2 | 4,2 |
| Частка від загальної сукупності | ОГ1 | 31 | 14,0 | | 72 | 32,6 | | 72 | 35,7 | | 39 | 17,6 | |
| | ОГ2 | 30 | 11,6 | | 82 | 31,7 | | 109 | 42,1 | | 38 | 14,7 | |
| | ОГ3 | 29 | 13,2 | | 71 | 32,4 | | 78 | 35,6 | | 41 | 18,7 | |
| | ОГ4 | 25 | 9,9 | | 81 | 32,1 | | 107 | 42,5 | | 39 | 15,5 | |

ОГ4 — 5,3. Це свідчило про переважання в загальній структурі клінічної картини синдромів, наявність яких деформує родинне функціонування жінок.

Аналіз установленної клініко-психопатологічної симптоматики здійснювався нами також із точки зору того, як вираженість симптомів впливає на виконання родинних соціальних ролей жінок. Визначено, що часто непередбачений характер сполучення психопатологічних проявів призводив до виникнення «неякісного» родинного

функціонування внаслідок паралельної дії симптомів. Деякі симптоми мали так звану спонукальну дію щодо інших симптомів, тим самим були «локомотивом» порушень родинного функціонування. Таким чином, неврахування при плануванні допомоги ступеня вираженості симптомів та їх особливостей призводило до зниження сімейного реабілітаційного ресурсу.

Результати вивчення структури й вираженості позитивних синдромів в обстежених (рис. 1)

Структура негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Група | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|
| | | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | |
| | | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Сплющення афекту | ОГ1 | 3 | 8,8 | 2,8 | 8 | 23,5 | 4,2 | 12 | 35,3 | 4,8 | 11 | 32,4 | 4,7 |
| | ОГ2 | 4 | 10,3 | 3,0 | 9 | 23,1 | 4,2 | 18 | 46,2 | 5,0 | 8 | 20,5 | 4,0 |
| | ОГ3 | 5 | 15,2 | 3,6 | 8 | 24,2 | 4,3 | 10 | 30,3 | 4,6 | 10 | 30,3 | 4,6 |
| | ОГ4 | 1 | 2,8 | 1,6 | 10 | 27,8 | 4,5 | 18 | 50,0 | 5,0 | 7 | 19,4 | 4,0 |
| Емоційна відгородженість | ОГ1 | 4 | 12,5 | 3,3 | 12 | 37,5 | 4,8 | 12 | 37,5 | 4,8 | 4 | 12,5 | 3,3 |
| | ОГ2 | 2 | 5,1 | 2,2 | 12 | 30,8 | 4,6 | 15 | 38,5 | 4,9 | 10 | 25,6 | 4,4 |
| | ОГ3 | 4 | 12,1 | 3,3 | 12 | 36,4 | 4,8 | 12 | 36,4 | 4,8 | 5 | 15,2 | 3,6 |
| | ОГ4 | 2 | 5,3 | 2,2 | 11 | 28,9 | 4,5 | 16 | 42,1 | 4,9 | 9 | 23,7 | 4,3 |
| Недостатній рапорт | ОГ1 | 4 | 12,5 | 3,3 | 14 | 43,8 | 5,0 | 11 | 34,4 | 4,7 | 3 | 9,4 | 2,9 |
| | ОГ2 | 3 | 8,1 | 2,7 | 13 | 35,1 | 4,8 | 15 | 40,5 | 4,9 | 6 | 16,2 | 3,7 |
| | ОГ3 | 3 | 10,3 | 3,0 | 13 | 44,8 | 5,0 | 11 | 37,9 | 4,9 | 2 | 6,9 | 2,5 |
| | ОГ4 | 4 | 11,4 | 3,2 | 13 | 37,1 | 4,8 | 13 | 37,1 | 4,8 | 5 | 14,3 | 3,5 |
| Пасивно-апатичний соціальний відхід | ОГ1 | 2 | 6,5 | 2,5 | 11 | 35,5 | 4,8 | 16 | 51,6 | 5,0 | 2 | 6,5 | 2,5 |
| | ОГ2 | 7 | 20,0 | 4,0 | 13 | 37,1 | 4,8 | 11 | 31,4 | 4,6 | 4 | 11,4 | 3,2 |
| | ОГ3 | 3 | 9,4 | 2,9 | 12 | 37,5 | 4,8 | 14 | 43,8 | 5,0 | 3 | 9,4 | 2,9 |
| | ОГ4 | 3 | 10,0 | 3,0 | 11 | 36,7 | 4,8 | 12 | 40,0 | 4,9 | 4 | 13,3 | 3,4 |
| Труднощі в абстрактному мисленні | ОГ1 | 3 | 37,5 | 4,8 | 5 | 62,5 | 4,8 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| | ОГ2 | 5 | 13,5 | 3,4 | 13 | 35,1 | 4,8 | 15 | 40,5 | 4,9 | 4 | 10,8 | 3,1 |
| | ОГ3 | 4 | 36,4 | 4,8 | 4 | 36,4 | 4,8 | 2 | 18,2 | 3,9 | 1 | 9,1 | 2,9 |
| | ОГ4 | 4 | 10,8 | 3,1 | 13 | 35,1 | 4,8 | 15 | 40,5 | 4,9 | 5 | 13,5 | 3,4 |
| Брак спонтанності та плавності бесіди | ОГ1 | 9 | 27,3 | 4,5 | 10 | 30,3 | 4,6 | 11 | 33,3 | 4,7 | 3 | 9,1 | 2,9 |
| | ОГ2 | 3 | 8,3 | 2,8 | 11 | 30,6 | 4,6 | 17 | 47,2 | 5,0 | 5 | 13,9 | 3,5 |
| | ОГ3 | 1 | 4,5 | 2,1 | 9 | 40,9 | 4,9 | 10 | 45,5 | 5,0 | 2 | 9,1 | 2,9 |
| | ОГ4 | 3 | 8,6 | 2,8 | 11 | 31,4 | 4,6 | 17 | 48,6 | 5,0 | 4 | 11,4 | 3,2 |
| Стереотипність мислення | ОГ1 | 5 | 17,2 | 3,8 | 10 | 34,5 | 4,8 | 10 | 34,5 | 4,8 | 4 | 13,8 | 3,4 |
| | ОГ2 | 3 | 8,3 | 2,8 | 10 | 27,8 | 4,5 | 15 | 41,7 | 4,9 | 8 | 22,2 | 4,2 |
| | ОГ3 | 5 | 14,7 | 3,5 | 13 | 38,2 | 4,9 | 11 | 32,4 | 4,7 | 5 | 14,7 | 3,5 |
| | ОГ4 | 2 | 5,6 | 2,3 | 11 | 30,6 | 4,6 | 15 | 41,7 | 4,9 | 8 | 22,2 | 4,2 |
| Частка від загальної сукупності | ОГ1 | 30 | 15,1 | | 70 | 35,2 | | 72 | 36,2 | | 27 | 13,6 | |
| | ОГ2 | 27 | 10,4 | | 81 | 31,3 | | 106 | 40,9 | | 45 | 17,4 | |
| | ОГ3 | 25 | 12,9 | | 71 | 36,6 | | 70 | 36,1 | | 28 | 14,4 | |
| | ОГ4 | 19 | 7,7 | | 80 | 32,4 | | 106 | 42,9 | | 42 | 17,0 | |

www.mps.kh.ua

довели, що серед діагностованих позитивних синдромів за шкалою PANSS у пацієнток ОГ1 переважають марення (15,8%) та підозрілість-переслідування (15,4%), ОГ2 — галюцинаторна поведінка (15,1%), ОГ3 — ворожість (15,5,5%), ОГ4 — манія величності (15,1%) ($p < 0,05$).

Виявлені синдроми за своїми наслідками є такими, що значно дезадаптують родинну поведінку хворої жінки з руйнуванням взаємовідносин із близькими, а саме — виникає «емоційне охолодження

відносин у родині», що супроводжується байдужістю ($p < 0,001$). У вираженому ступені прояву ці синдроми заважають включенню хворих жінок до родинноспрямованої психотерапевтичної програми, оскільки заважають її сприймати ($p < 0,001$). Детальніше структуру позитивних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ (шкала PANSS), відображено у табл. 5.

У цілому, у жінок, хворих на ПШ, розподіл позитивних синдромів за ступенем вираженості

Таблиця 7

Розподіл загально-психопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у хворих ОГ1 із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | | Всього | | |
|---|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|---------|-------|---------|
| | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | | | | |
| | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Стурбованість соматичними відчуттями | 5 | 15,6 | 3,6 | 11 | 34,4 | 4,7 | 14 | 43,8 | 5,0 | 2 | 6,3 | 2,4 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Тривога | 4 | 11,4 | 3,2 | 12 | 34,3 | 4,7 | 15 | 42,9 | 4,9 | 4 | 11,4 | 3,2 | 35 | 6,7 | 2,5 |
| Відчуття провини | 3 | 9,4 | 2,9 | 9 | 28,1 | 4,5 | 17 | 53,1 | 5,0 | 3 | 9,4 | 2,9 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Напруга | 2 | 5,7 | 2,3 | 13 | 37,1 | 4,8 | 16 | 45,7 | 5,0 | 4 | 11,4 | 3,2 | 35 | 6,7 | 2,5 |
| Манерність і поза | 4 | 11,8 | 3,2 | 12 | 35,3 | 4,8 | 15 | 44,1 | 5,0 | 3 | 8,8 | 2,8 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Депресія | 3 | 10,7 | 3,1 | 11 | 39,3 | 4,9 | 12 | 42,9 | 4,9 | 2 | 7,1 | 2,6 | 28 | 5,4 | 2,3 |
| Рухова загальмованість | 5 | 15,2 | 3,6 | 8 | 24,2 | 4,3 | 15 | 45,5 | 5,0 | 5 | 15,2 | 3,6 | 33 | 6,3 | 2,4 |
| Некооперативність | 4 | 11,8 | 3,2 | 9 | 26,5 | 4,4 | 17 | 50,0 | 5,0 | 4 | 11,8 | 3,2 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Думки з незвичайним змістом | 3 | 9,4 | 2,9 | 10 | 31,3 | 4,6 | 16 | 50,0 | 5,0 | 3 | 9,4 | 2,9 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Дезорієнтація | 5 | 14,7 | 3,5 | 10 | 29,4 | 4,6 | 14 | 41,2 | 4,9 | 5 | 14,7 | 3,5 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Труднощі концентрації уваги | 4 | 13,3 | 3,4 | 11 | 36,7 | 4,8 | 13 | 43,3 | 5,0 | 2 | 6,7 | 2,5 | 30 | 5,7 | 2,3 |
| Зниження розважливості й усвідомлення хвороби | 4 | 12,5 | 3,3 | 12 | 37,5 | 4,8 | 12 | 37,5 | 4,8 | 4 | 12,5 | 3,3 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Вольові порушення | 3 | 8,6 | 2,8 | 13 | 37,1 | 4,8 | 16 | 45,7 | 5,0 | 3 | 8,6 | 2,8 | 35 | 6,7 | 2,5 |
| Недостатність контролю імпульсів | 4 | 12,9 | 3,4 | 10 | 32,3 | 4,7 | 14 | 45,2 | 5,0 | 3 | 9,7 | 3,0 | 31 | 5,9 | 2,4 |
| Відчуженість від реальності | 3 | 9,4 | 2,9 | 9 | 28,1 | 4,5 | 16 | 50,0 | 5,0 | 4 | 12,5 | 3,3 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Соціальна активність | 3 | 8,8 | 2,8 | 9 | 26,5 | 4,4 | 17 | 50,0 | 5,0 | 5 | 14,7 | 3,5 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Частка від загальної сукупності | 59 | 11,3 | | 169 | 32,3 | | 239 | 45,7 | | 56 | 10,7 | | 523 | 100,0 | |

не мав значних відмінностей. Так, в ОГ1 легкий ступінь мали 14,9% хворих жінок, помірний — 32,6%, виражений — 35,7% та значно виражений — 17,6%; у пацієнок ОГ2 відповідно 11,6; 31,7; 42,1 і 14,7%; в ОГ3 — 13,2; 32,4; 35,6 і 18,7%; в ОГ4 — 9,9; 32,1; 42,5 і 15,5%. Загалом у всіх групах переважали помірний та виражений ступені проявів синдромів. Цей розподіл клінічної картини — стійкість її симптоматики за ступенем вираженості позитивних синдромів — потребує обов'язкового аналізу та врахування при розробці системи психотерапевтичних заходів, спрямованих на відновлення функціонування хворих на шизофренію жінок у родині в комплексному

лікувально-реабілітаційному процесі. В цілому було виявлено, що збереження у жінок тих чи інших навичок соціального функціонування істотно залежить від моделі родинної взаємодії, такі навички мають стати «базовими». Відштовхуючись від їх рівня збереженості, необхідно планувати стратегію «відновлення родинної взаємодії». Виходячи із цієї стратегії важливим є виокремлення так званих «нейтральних позитивних синдромів», тобто таких, поява яких буде впливати, але не знижувати якість життя, та «руйнівних негативних синдромів», що знижують якість життя за рахунок порушення саме «базових» навичок. Другим важливим етапом є обов'язкова корекція

Розподіл загально-психопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у хворих ОГ2 із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | | Всього | | |
|---|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|---------|-------|---------|
| | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | | | | |
| | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Стурбованість соматичними відчуттями | 6 | 15,0 | 3,6 | 13 | 32,5 | 4,7 | 17 | 42,5 | 4,9 | 4 | 10,0 | 3,0 | 40 | 6,8 | 2,5 |
| Тривога | 4 | 10,3 | 3,0 | 14 | 35,9 | 4,8 | 15 | 38,5 | 4,9 | 6 | 15,4 | 3,6 | 39 | 6,7 | 2,5 |
| Відчуття провини | 5 | 13,2 | 3,4 | 13 | 34,2 | 4,7 | 15 | 39,5 | 4,9 | 5 | 13,2 | 3,4 | 38 | 6,5 | 2,5 |
| Напруга | 3 | 8,1 | 2,7 | 15 | 40,5 | 4,9 | 13 | 35,1 | 4,8 | 6 | 16,2 | 3,7 | 37 | 6,3 | 2,4 |
| Манерність і поза | 7 | 18,4 | 3,9 | 12 | 31,6 | 4,6 | 16 | 42,1 | 4,9 | 3 | 7,9 | 2,7 | 38 | 6,5 | 2,5 |
| Депресія | 5 | 12,8 | 3,3 | 13 | 33,3 | 4,7 | 16 | 41,0 | 4,9 | 5 | 12,8 | 3,3 | 39 | 6,7 | 2,5 |
| Рухова загальмованість | 4 | 11,1 | 3,1 | 10 | 27,8 | 4,5 | 18 | 50,0 | 5,0 | 4 | 11,1 | 3,1 | 36 | 6,2 | 2,4 |
| Некооперативність | 6 | 16,7 | 3,7 | 10 | 27,8 | 4,5 | 14 | 38,9 | 4,9 | 6 | 16,7 | 3,7 | 36 | 6,2 | 2,4 |
| Думки з незвичайним змістом | 5 | 14,7 | 3,5 | 11 | 32,4 | 4,7 | 15 | 44,1 | 5,0 | 3 | 8,8 | 2,8 | 34 | 5,8 | 2,3 |
| Дезорієнтація | 4 | 11,1 | 3,1 | 12 | 33,3 | 4,7 | 16 | 44,4 | 5,0 | 4 | 11,1 | 3,1 | 36 | 6,2 | 2,4 |
| Труднощі концентрації уваги | 3 | 10,0 | 3,0 | 10 | 33,3 | 4,7 | 13 | 43,3 | 5,0 | 4 | 13,3 | 3,4 | 30 | 5,1 | 2,2 |
| Зниження розважливості й усвідомлення хвороби | 5 | 16,1 | 3,7 | 9 | 29,0 | 4,5 | 12 | 38,7 | 4,9 | 5 | 16,1 | 3,7 | 31 | 5,3 | 2,2 |
| Вольові порушення | 4 | 10,5 | 3,1 | 11 | 28,9 | 4,5 | 18 | 47,4 | 5,0 | 5 | 13,2 | 3,4 | 38 | 6,5 | 2,5 |
| Недостатність контролю імпульсів | 4 | 10,5 | 3,1 | 12 | 31,6 | 4,6 | 16 | 42,1 | 4,9 | 6 | 15,8 | 3,6 | 38 | 6,5 | 2,5 |
| Відчуженість від реальності | 5 | 14,7 | 3,5 | 9 | 26,5 | 4,4 | 17 | 50,0 | 5,0 | 3 | 8,8 | 2,8 | 34 | 5,8 | 2,3 |
| Соціальна активність | 5 | 12,5 | 3,3 | 13 | 32,5 | 4,7 | 16 | 40,0 | 4,9 | 6 | 15,0 | 3,6 | 40 | 6,8 | 2,5 |
| Частка від загальної сукупності | 75 | 12,8 | | 187 | 32,0 | | 247 | 42,3 | | 75 | 12,8 | | 584 | 100,0 | |

www.mps.kh.ua

психофармакотерапії із урахуванням можливості подальшого проведення таких заходів на підставі комплексного аналізу синдромологічної картини та її впливу на родинне функціонування жінки. Наступним кроком стало вивчення структури негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих, які страждають на ПШ (шкала PANSS) (рис. 2).

Із даних, представлених на рис. 2, видно, що серед діагностованих негативних синдромів за шкалою PANSS у пацієток ОГ1 переважають сплющення афекту (17,1%), емоційна відгородженість (16,1%), недостатній рапорт (16,1%), брак спонтанності та плавності бесіди (16,6%). В обстежених ОГ2 — сплющення афекту (15,1%), емоційна відгородженість (15,1%). У жінок ОГ3 — сплющення афекту (17,0%), емоційна відгородженість (17,0%), пасивно-апатичний соціальний

відхід (16,5%), стереотипність мислення (17,7%). У хворих ОГ4 — відгородженість (15,4%), труднощі в абстрактному мисленні (15,0%).

Зазначені синдроми в усіх групах відіграють значну роль у формуванні порушень родинного функціонування та зниження якості життя хворих, що необхідно обов'язково враховувати при розробці схеми комплексного лікування. Так, у жінок у побуті при виконанні звичайних функцій труднощі в абстрактному мисленні заважають осмислювати деякі дії або висловлювання, чим вони викликають обмеження у родинному середовищі. Також утруднення абстрактного сприйняття інформації призводить до «обмеженого» родинного функціонування, коли жінки не можуть сприймати або виконувати життєво необхідні соціальні родинні ролі. Поєднання негативних симптомів із

Розподіл загально-психопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у хворих ОГЗ із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | | Всього | | |
|---|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|---------|-------|---------|
| | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | | | | |
| | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Стурбованість соматичними відчуттями | 6 | 18,2 | 3,9 | 11 | 33,3 | 4,7 | 13 | 39,4 | 4,9 | 3 | 9,1 | 2,9 | 33 | 6,3 | 2,4 |
| Тривога | 5 | 14,7 | 3,5 | 14 | 41,2 | 4,9 | 11 | 32,4 | 4,7 | 4 | 11,8 | 3,2 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Відчуття провини | 4 | 11,8 | 3,2 | 16 | 47,1 | 5,0 | 9 | 26,5 | 4,4 | 5 | 14,7 | 3,5 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Напруга | 3 | 9,1 | 2,9 | 12 | 36,4 | 4,8 | 14 | 42,4 | 4,9 | 4 | 12,1 | 3,3 | 33 | 6,3 | 2,4 |
| Манерність і поза | 6 | 18,8 | 3,9 | 14 | 43,8 | 5,0 | 8 | 25,0 | 4,3 | 4 | 12,5 | 3,3 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Депресія | 6 | 18,2 | 3,9 | 11 | 33,3 | 4,7 | 11 | 33,3 | 4,7 | 5 | 15,2 | 3,6 | 33 | 6,3 | 2,4 |
| Рухова загальмованість | 4 | 12,9 | 3,4 | 10 | 32,3 | 4,7 | 12 | 38,7 | 4,9 | 5 | 16,1 | 3,7 | 31 | 5,9 | 2,4 |
| Некооперативність | 5 | 16,7 | 3,7 | 10 | 33,3 | 4,7 | 12 | 40,0 | 4,9 | 3 | 10,0 | 3,0 | 30 | 5,7 | 2,3 |
| Думки з незвичайним змістом | 3 | 9,4 | 2,9 | 10 | 31,3 | 4,6 | 15 | 46,9 | 5,0 | 4 | 12,5 | 3,3 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Дезорієнтація | 2 | 5,7 | 2,3 | 15 | 42,9 | 4,9 | 15 | 42,9 | 4,9 | 3 | 8,6 | 2,8 | 35 | 6,7 | 2,5 |
| Труднощі концентрації уваги | 4 | 11,8 | 3,2 | 17 | 50,0 | 5,0 | 8 | 23,5 | 4,2 | 5 | 14,7 | 3,5 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Зниження розважливості й усвідомлення хвороби | 2 | 6,7 | 2,5 | 14 | 46,7 | 5,0 | 9 | 30,0 | 4,6 | 5 | 16,7 | 3,7 | 30 | 5,7 | 2,3 |
| Вольові порушення | 2 | 6,3 | 2,4 | 15 | 46,9 | 5,0 | 11 | 34,4 | 4,7 | 4 | 12,5 | 3,3 | 32 | 6,1 | 2,4 |
| Недостатність контролю імпульсів | 3 | 8,6 | 2,8 | 13 | 37,1 | 4,8 | 15 | 42,9 | 4,9 | 4 | 11,4 | 3,2 | 35 | 6,7 | 2,5 |
| Відчуженість від реальності | 5 | 14,7 | 3,5 | 14 | 41,2 | 4,9 | 10 | 29,4 | 4,6 | 5 | 14,7 | 3,5 | 34 | 6,5 | 2,5 |
| Соціальна активність | 4 | 12,1 | 3,3 | 15 | 45,5 | 5,0 | 11 | 33,3 | 4,7 | 3 | 9,1 | 2,9 | 33 | 6,3 | 2,4 |
| Частка від загальної сукупності | 64 | 12,2 | | 211 | 40,2 | | 184 | 35,0 | | 66 | 12,6 | | 525 | 100,0 | |

емоційною відгородженістю і браком спонтанності та плавності бесіди обумовлює нівелювання навичок родинних соціальних ролей, що виявляється у поглибленні соціальної родинної 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 посідає важливе місце з точки зору якості родинного функціонування. Цей синдром повинен стати мішенню психотерапевтичних заходів у рамках відновлення функціонування жінок, хворих на шизофренію, у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі залежно від клініко-психопатологічних особливостей, соціальних показників та моделі родинної взаємодії.

Установлено, що апатія при прогресивному перебігу ПШ знижує «родинну соціальну активність» жінок із відмовою від виконання соціальних ролей у побуті ($p < 0,05$). Пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід у пацієнок виявлявся «зниженням інтересу до близьких» та «обмеженим спілкуванням у відносинах» через його структурні складові (апатію, втрату енергетичного потенціалу, зменшення вольових збуджень). Зазначена клінічна картина обумовлює дезадаптацію у родинному функціонуванні та побуті. Тому нашим наступним завданням став аналіз структури негативних синдромів за ступенем вираженості у хворих із ПШ (шкала PANSS) (табл. 6).

В обстежених хворих на ПШ розподіл негативних синдромів за ступенем вираженості не мав значних відмінностей. Так, в ОГ1 легкий ступінь

Розподіл загально-психопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у хворих ОГ4 із параноїдною шизофренією (шкала PANSS)

| Синдром | Ступінь вираженості | | | | | | | | | | | | Всього | | |
|---|---------------------|------|---------|----------|------|---------|-----------|------|---------|------------------|------|---------|---------|-------|---------|
| | легкий | | | помірний | | | виражений | | | значно виражений | | | | | |
| | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ | абс. ч. | % | $\pm m$ |
| Стурбованість соматичними відчуттями | 3 | 7,7 | 2,7 | 11 | 28,2 | 4,5 | 13 | 33,3 | 4,7 | 12 | 30,8 | 4,6 | 39 | 6,5 | 2,5 |
| Тривога | 2 | 5,4 | 2,3 | 13 | 35,1 | 4,8 | 14 | 37,8 | 4,8 | 8 | 21,6 | 4,1 | 37 | 6,1 | 2,4 |
| Відчуття провини | 4 | 11,1 | 3,1 | 12 | 33,3 | 4,7 | 12 | 33,3 | 4,7 | 8 | 22,2 | 4,2 | 36 | 6,0 | 2,4 |
| Напруга | 3 | 7,7 | 2,7 | 11 | 28,2 | 4,5 | 13 | 33,3 | 4,7 | 12 | 30,8 | 4,6 | 39 | 6,5 | 2,5 |
| Манерність і поза | 2 | 5,6 | 2,3 | 12 | 33,3 | 4,7 | 14 | 38,9 | 4,9 | 8 | 22,2 | 4,2 | 36 | 6,0 | 2,4 |
| Депресія | 4 | 10,8 | 3,1 | 12 | 32,4 | 4,7 | 14 | 37,8 | 4,8 | 7 | 18,9 | 3,9 | 37 | 6,1 | 2,4 |
| Рухова загальмованість | 4 | 10,3 | 3,0 | 12 | 30,8 | 4,6 | 15 | 38,5 | 4,9 | 8 | 20,5 | 4,0 | 39 | 6,5 | 2,5 |
| Некооперативність | 3 | 8,1 | 2,7 | 13 | 35,1 | 4,8 | 12 | 32,4 | 4,7 | 9 | 24,3 | 4,3 | 37 | 6,1 | 2,4 |
| Думки з незвичайним змістом | 3 | 7,9 | 2,7 | 13 | 34,2 | 4,7 | 13 | 34,2 | 4,7 | 9 | 23,7 | 4,3 | 38 | 6,3 | 2,4 |
| Дезорієнтація | 2 | 5,1 | 2,2 | 14 | 35,9 | 4,8 | 14 | 35,9 | 4,8 | 9 | 23,1 | 4,2 | 39 | 6,5 | 2,5 |
| Труднощі концентрації уваги | 2 | 5,7 | 2,3 | 13 | 37,1 | 4,8 | 12 | 34,3 | 4,7 | 8 | 22,9 | 4,2 | 35 | 5,8 | 2,3 |
| Зниження розважливості й усвідомлення хвороби | 4 | 10,8 | 3,1 | 13 | 35,1 | 4,8 | 13 | 35,1 | 4,8 | 7 | 18,9 | 3,9 | 37 | 6,1 | 2,4 |
| Вольові порушення | 3 | 8,3 | 2,8 | 14 | 38,9 | 4,9 | 14 | 38,9 | 4,9 | 5 | 13,9 | 3,5 | 36 | 6,0 | 2,4 |
| Недостатність контролю імпульсів | 4 | 10,8 | 3,1 | 14 | 37,8 | 4,8 | 12 | 32,4 | 4,7 | 7 | 18,9 | 3,9 | 37 | 6,1 | 2,4 |
| Відчуженість від реальності | 3 | 7,5 | 2,6 | 12 | 30,0 | 4,6 | 13 | 32,5 | 4,7 | 12 | 30,0 | 4,6 | 40 | 6,6 | 2,5 |
| Соціальна активність | 5 | 12,5 | 3,3 | 13 | 32,5 | 4,7 | 13 | 32,5 | 4,7 | 9 | 22,5 | 4,2 | 40 | 6,6 | 2,5 |
| Частка від загальної сукупності | 51 | 8,5 | | 202 | 33,6 | | 211 | 35,0 | | 138 | 22,9 | | 602 | 100,0 | |

www.mps.kh.ua

мали 15,1% хворих жінок, помірний — 35,2%, виражений — 36,2% та значно виражений — 13,6%; в ОГ2 відповідно 10,4; 31,3; 40,9 і 17,4%; в ОГ3 — 12,9; 36,6; 36,1 і 14,4%; в ОГ4 — 7,7; 32,4; 42,9 і 17,0%. У цілому у всіх групах переважали помірний та виражений ступені проявів синдромів. Серед них впливовими на родинне функціонування при легкому ступені вираженості визначалися труднощі в абстрактному мисленні, брак спонтанності та плавності бесіди, які характеризувалися відсутністю цікавості до родинного спілкування ($p < 0,001$). Жінки були неініціативні, з поверхневим контактуванням із близькими людьми — «вимушене спілкування» ($p < 0,05$).

При вираженому ступені спостерігалися стереотипність мислення, яка характеризувалася незацікавленістю жінок у соціальних контактах

($p < 0,001$), відсутністю активної участі у функціонуванні родини ($p < 0,001$), зниженням інтересів та ініціативи. Таким чином, можна стверджувати, що у пацієнок із ПШ негативні синдроми досягають ступеня вираженості, який дезадаптує їх у родинному функціонуванні. Розподіл загально-психопатологічних синдромів за структурою та ступенем вираженості у хворих чотирьох основних груп (шкала PANSS) подано у табл. 7–10.

Отже, в обстежених жінок, хворих на ПШ, розподіл загально-психопатологічних синдромів за ступенем вираженості свідчив про незначні відмінності. Так, в ОГ1 легкий ступінь мали 11,3% хворих жінок, помірний — 32,3%, виражений — 45,7% та значно виражений — 10,7%; в ОГ2 відповідно 12,8; 32,0; 42,3 і 12,8%; в ОГ3 — 12,2; 40,2; 35,0 і 12,6%; в ОГ4 — 8,5; 33,6; 35,0 і 22,9%.

У цілому, у всіх групах переважали помірний та виражений ступені проявів синдромів.

Треба зазначити, що загальні психопатологічні синдроми є синдромами, із якими пацієнти живуть постійно (як у період загострення, так і в період ремісії) та часто звикають до них, оскільки вони не несуть значного руйнування родинного функціонування. На відміну від загально-психопатологічних симптомів, позитивні та негативні синдроми є більш тяжкими, проте піддаються впливу фармакотерапії, що зменшує їх активність щодо родинного функціонування пацієнток. Установлено, що у хворих на ПШ вольові порушення та недостатність контролю імпульсів є перешкодою до повноцінного родинного функціонування ($p < 0,05$). Загально-психопатологічні синдроми обумовлювали зниження ефективності амбулаторного лікування ($p < 0,05$), неадекватну поведінку у соціумі ($p < 0,05$), порушення режиму прийому ліків ($p < 0,05$), зменшували тривалість ремісії ендogenousного процесу ($p < 0,05$).

Отримані дані лягли в основу розробки системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворого у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

Список літератури

1. Шизофрения: необычные люди среди странных людей / О. Чабан, Е. Хаустова, Е. Жабенко, Н. Жабенко.— К.: Эд-ворлд трейд, 2012.— 191 с.
2. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я.— 2012.— № 2 (35).— С. 63–69.
3. Жизнь с шизофренией. Что делать? Краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук.— Харьков, 2011.— 25 с.
4. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук; ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / О. Ю. Плевачук.— Харків, 2011.— 18 с.
5. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Укр. вісн. психоневрології. — 2010.— Т. 13, вып. 3 (64).— С. 133–134.
6. Діхтяр В. О. Особливості сімейної взаємодії «пацієнт — родина» як основа для розробки засад застосування психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтяр, М. В. Маркова // Мед. психологія.— 2009.— Т. 4, № 2–3.— С. 141–147.
7. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // Арх. психіатрії.— 2008.— № 4.— С. 15–21.
8. Данилов Д. С. Влияние клинических, терапевтических и микросоциальных факторов на терапевтическое сотрудничество при лечении больных шизофренией (клинико-статистическое исследование) / Д. С. Данилов // Рос. психиатрический журн.— 2008.— № 2.— С. 66–74.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ МОДЕЛЯМИ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

К. А. КОСЕНКО

Проанализированы клинико-психопатологические проявления параноидной шизофрении у 150 больных женщин с различными моделями семейного взаимодействия, выделены клинические особенности, влияющие на состояние семейного функционирования. Установлено, что непредсказуемый характер сочетания психопатологических проявлений приводит к возникновению «некачественного» семейного функционирования вследствие параллельного действия симптомов. Определено, что сохранение у женщин тех или иных навыков социального функционирования существенно зависит от модели семейного взаимодействия. Эти навыки должны стать «базовыми», исходя из уровня их сохранности, необходимо планировать стратегию восстановления семейного взаимодействия.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, семейное взаимодействие, женщины.

THE FEATURES OF CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY SIGNS OF PARANOID SCHIZOPHRENIA IN WOMEN WITH DIFFERENT MODELS OF FAMILY INTERACTION

K. A. KOSENKO

The clinical and psychopathological manifestations of paranoid schizophrenia were analyzed in 150 female patients with different models of family interaction. The clinical features influencing family function were distinguished. It was revealed that combination of the unpredictable nature of psychopathology leads to a «poor» family functioning due to the parallel operation of symptoms. It was determined that preservation in women of various skills of social functioning essentially depended on the model of family interaction. These skills should be «basic», based on their level of preservation, it is necessary to plan recovery strategy of family interaction.

Key words: paranoid schizophrenia, family interaction, women.

Надійшла 20.02.2014