КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8:616.89-02-055

Н.М. Юр'єва

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПІДХОДІВ ДО ГЕНДЕРНОСПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ Й ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Ключові слова: параноїдна шизофренія, гендерні особливості, жінки, психосоціальна реабілітація.

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

Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їх близьких, а й для суспільства, держави в цілому. Шизофренія, як жодне інше психічне захворювання, супроводжується порушенням соціального функціонування – дестабілізацією особистісних стосунків, відривом від сім'ї, суспільства, спотворенням звичних форм діяльності, спілкування. Соціальна дезадаптація в результаті хвороби, що тягне за собою інвалідизацію, насамперед, молодих і активних у фізичному плані осіб, призводить до величезних економічних витрат суспільства [1–3]. Тому все більшого значення набувають дослідження, які вивчають стан хворих у суспільстві, оскільки це дозволяє більш обґрунтовано підходити до розробки програм психосоціальної реабілітації, враховуючи не тільки вираженість шизофренічного процесу, а й гендерні особливості соціального функціонування і якості життя хворих на шизофренію. Визначене обумовлює необхідність та актуальність цієї роботи, метою якої стало наукове обґрунтування підходів до гендерноспецифічної терапії і психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на основі визначення їх клініко-психопатологічних та психосоціальних особливостей, порівняно з чоловіками, які страждають на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

На базі психіатричних відділень № № 1, 6, 9 (чоловічі) та № № 2, 3, 8 (жіночі) Кримської Республіканської установи «Клінічна психіатрична лікарня № 1» було обстежено 230 осіб: 120 жінок (основна група, ОГ) та 110 чоловіків (група порівняння, ГП), хворих на параноїдну шизофренію (ПШ).

За основними соціально-демографічними характеристиками обстежених розподілили наступним чином (табл. 1).

З даних таблиці 1 видно, що серед жінок превалювали особи віком 29–50 років (60,8%), а серед чоловіків – 18–39 років (58,2%). За освітнім цензом обстежені розподілилися відносно рівномірно, проте виявлені розбіжності соціального статусу: серед жінок працюючих було 32,5%, а серед чоловіків – 8,2%, на інвалідності перебували 60,8% жінок та 78,2% чоловіків. Також виявлені розбіжності і за показниками сімейного стану – серед жінок власну родину мали 67,5%, серед чоловіків – 47,3%.

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих за основними соціально-демографічними характеристиками

Показник абс.ч.		ОГ			ГП		
		%	±m	абс.ч.	%	±m	
Вік	18–28	14	11,7	3,2	48	43,7	5,0
	29–39	23	19,2	3,9	16	14,5	3,5
	40–50	50	41,7	4,9	31	28,2	4,5
	51–60	33	27,5	4,5	15	13,6	3,4
Освіта	Середня	53	44,2	5,0	58	52,7	5,0
	Середня спеціальна	27	22,5	4,2	23	20,9	4,1
	Вища	40	33,3	4,7	29	26,4	4,4
Соціальний статус	Працюють	39	32,5	4,7	9	8,2	2,7
	Не працюють	8	6,7	2,5	15	13,6	3,4
	На інвалідності	73	60,8	4,9	86	78,2	4,1
Сімейний стан	Власна родина	81	67,5	4,7	52	47,3	5,0
	Батьківська родина	39	32,5	4,7	58	52,7	5,0

Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих ОГ склала (58,9±17,6) днів; ГП – (59,1±18,2) днів.

Аналіз соматичного стану обстежених дозволив виявити у більшості з них наявність коморбідних соматичних захворювань, серед яких превалювали захворювання кишково-шлункового тракту (27,5% жінок і 33,6% чоловіків), серцево-судинної системи (15,0% жінок і 24,5% чоловіків) та інші захворювання (17,5% жінок й 28,3% чоловіків) (табл. 2).

Діагноз параноїдної шизофренії встановлювали відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті (10 перегляд), адаптованої для застосування відповідно до прийнятої у вітчизняній психіатрії.

Окрім класичного клініко-психопатологічного методу в дослідженні використовували психометричний (із застосуванням шкали PANNS) та психодіагностичний методи (з використанням шкали Quality of Life

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих залежно від наявної соматичної патології

Уражена система органів	ОГ			ГП		
	абс.ч.	%	±m	абс.ч.	%	±m
Серцево-судинна система	18	15,0	3,6	27	24,5	4,3
Шлунково-кишковий тракт	33	27,5	4,5	37	33,6	4,7
Ендокринна система	23	19,2	3,9	14	12,7	3,3
Дихальна система	6	5,0	2,2	8	7,3	2,6
Інші	21	17,5	3,8	31	28,3	4,5

Scale (QLS), опитувальника SWN-S, «Шкали структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини» та «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В.А. Абрамов зі співавт., 2009).

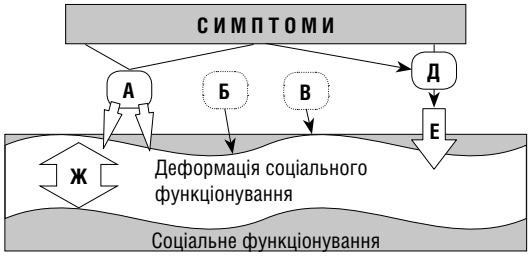
Результати та їх обговорення

У результаті дослідження в жінок встановлена більша тривалість ремісії, менша вираженість та різноманітність позитивних (у жінок – галюцинаторна поведінка; у чоловіків – марення, концептуальна дезорганізація, ворожість) і негативних синдромів (у жінок – труднощі з абстрактним мисленням, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення; у чоловіків – сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труднощі у абстрактному мисленні, недолік спонтанності та плавності бесіди, стереотипність мислення) та приблизно рівномірна поширеність загальної психопатологічної симптоматики з переважанням вираженого ступеня з усієї сукупності встановлених синдромів. Наявні гендерні клініко-психопатологічні розбіжності обумовлюють відносно меншу соціальну дезадаптацію жінок у суспільстві, порівняно з чоловіками, що потребує врахування при обґрунтуванні підходів до гендерноспецифічної терапії й психосоціальної реабілітації жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Виявлені розбіжності соціального функціонування та якості життя жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. Встановлено, що у жінок більш збережені особистісний досвід, якість міжособистісних стосунків і продуктивність в професійних ролях. Негативний вплив нейролептичної терапії відчувають і жінки, і чоловіки, проте у чоловіків виявлені більш виражені розлади власного самопочуття, що проявляється у вигляді порушень функціонування, вираженої соціальної та трудової дезадаптації, зниження якості життя в цілому.

Значущими контекстуальними чинниками, які впливають на розвиток та перебіг параноїдної шизофренії, соціальне функціонування та якість життя, у жінок визначені проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих (12,2%), негативні події у дитинстві (11,6%), проблеми із вихованням та освітою (11,1%), труднощі в організації життєдіяльності (10,6%), сімейні захворювання чи інвалідність (6,3%), у чоловіків – певні психосоціальні обставини (13,4%), домашні та екологічні умови (12,7%), трудова діяльність та безробіття (11,3%).

Встановлена специфіка родинного функціонування жінок і чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію. Гармонійний тип родини у жінок зустрічається в 4 рази частіше, ніж у чоловіків (31,7% проти 9,1%), а найдеструктивніші типи (емоційно відчужений або напружено-дисоціативний) – в 1,5 раза рідше, ніж у чоловіків (13,3% та 12,5% проти 19,1% і 17,3%). Серед типів ставлення членів родини до захворювання пацієнта і у жінок, і у чоловіків превалює негативний (46,7% жінок і 59,1% чоловіків), однак адекватне ставлення зустрічається в 5 разів частіше у родичів жінок, ніж чоловіків (20% проти 4,5%).



Примітки: А – взаємопосилювальна, перехресна дія симптомів; Б – захисний потенціал функціонування; В – «проблемна ніша»; Д – каталізувальна дія симптому; Е – індукований симптом; Ж – руйнування «звичайних» навичок пристосування.

Рис. 1. Механізм формування ГДСФ жінок, хворих на параноїдну шизофренію

На основі узагальнення отриманих даних зроблено висновок про наявність феномену гендерноспецифічної дезадаптації соціального функціонування (ГДСФ) у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, модель формування якого представлено на рисунку 1, з якого видно, що загалом формування ГДСФ відбувається за двома типами: а) внаслідок «взаємопосилювальної, перехресної дії» симптомів; б) внаслідок «каталізувальної дії» симптомів.

Обидва типи впливу деформують соціальне функціонування за рахунок руйнування «захисного потенціалу функціонування». Треба зазначити, що під «захисним потенціалом функціонування» слід розуміти не просто навички незалежного функціонування, а саме ту їх частину, яку не використовують здорові люди у звичайному житті. Тобто це навички, які виробляються пацієнткою у процесі пристосування до захворювання та використовуються у житті із захворюванням. Таким чином, зменшення «захисного потенціалу функціонування» та формування так званих «проблемних ніш функціонування» за рахунок

Примітки: А – специфічні навички функціонування; Б – загальні навички функціонування; С – основні – базові навички функціонування.

Рис. 2. Стратегія підтримання та відновлення якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію

Рис. 3. Ієрархія людських потреб за А. Маслоу

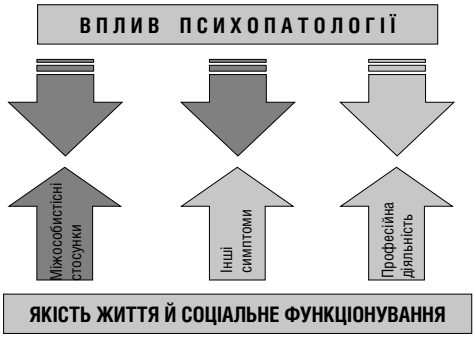
руйнування «звичайних навичок пристосування» формує проблему вимушеного функціонування. Стратегію підтримання та відновлення якості життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 2.

Згідно з даними, представленими на рисунку 2, стратегія «підтримання та відновлення» в основі спирається на базові навички функціонування. З точки зору проведення заходів психосоціальної реабілітації цю стратегію можна порівняти із ієрархією людських потреб за А. Маслоу (рис. 3). Так, «базові» навички відповідають, за А. Маслоу, фізіологічним потребам та безпеці; загальні навички функціонування відповідають потребам кохання та поваги; специфічні навички функціонування відповідають потребі у самовираженні.

Виходячи із стратегії «підтримання та відновлення», психореабілітаційний вплив повинен здійснюватися у напрямку від «прогностично негативних синдромів», які знижують якість життя – за рахунок руйнування саме «опорних» навичок, – до «прогностично позитивних синдромів» – тобто тих, які впливають, але не знижують якість життя. Вплив психопатології на якість життя й соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлений на рисунку 4. Дані, представлені на рисунку 4, свідчать, що з точки зору якості життя і соціального функціонування хворих жінок, за патологічного впливу психопатологічних проявів більш враженою є сфера їх міжособистісних стосунків. Відносно ураженою, тобто не зруйнованою, є продуктивність в професійній діяльності. Підтвердженням цієї думки є аналіз інвалідності хворих: 60,8% жінок і 78,2% чоловіків були інвалідами третьої (16,7% жінок й 20% чоловіків), другої (83,3% жінок і 60% чоловіків) або першої (20% чоловіків) груп, – тобто більшість мала групи інвалідності, які дозволяли працювати (свідчили про збереження трудових навичок). Таким чином, збереженість міжособистісних стосунків (а для жінок комунікативна сфера є провідним шляхом для отримання та збереження інформації) є основою для гендерноспецифічних заходів комплексної допомоги у поєднанні із збереженням навичок трудової діяльності.

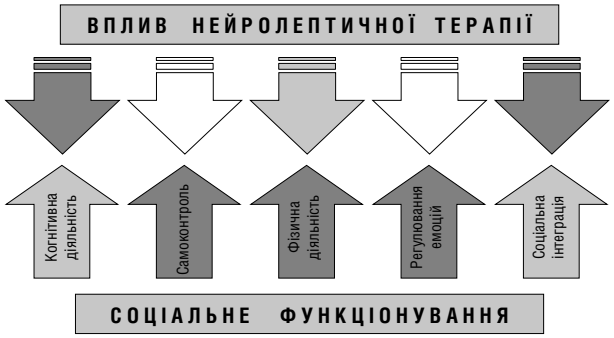
Вплив нейролептичної терапії на соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 5, з якого видно, що гендерноспецифічна терапевтична тактика повинна враховувати специфічний вплив нейролептичної терапії, а саме: значний вплив на когнітивну діяльність та соціальну інтеграцію, а також помірний – на фізичне самопочуття. Треба зазначити, що, хоча статистично значущого впливу на самоконтроль та регулювання емоцій, який би був вираженим клінічно та заважав СФ, не виявлено, проте у жінок відмічалось погіршення суб'єктивного самопочуття, яке обмежувало функціональні можливості.

При побудові гендерноспецифічної терапевтичної тактики слід враховувати також особливості взаємозв'язку типу ставлення членів родини до хвороби родича та типу родини у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, які представлені на рисунку 6. З рисунка випливає, що негативний (деструктивний) тип ставлення до захворювання родича співвідноситься з емоційно відчуженим (емоційно розділеним і ригідно раціональним), напружено-диссоційованим, псевдосолідарним та, частково, гіперпротективним типами родини. Драматизуючий тип ставлення до захворюванняродича співвідноситься частково з гіперпротективним (хаотичним або ригідним) та симбіотичним типами родини. Адекватному типу ставлення до захворювання родича відповідають гармонійний й, частково, симбіотичний, типи родини.



Примітка (тут і далі). Вплив психопатології: темно-сірий – значний вплив, світло-сірий – помірний вплив, білий – відсутність впливу (такого впливу у досліджених не виявлено). Зміна якості життя за сферами: білий – відсутність змін (таких досліджених не виявлено), світло-сірий – значні зміни, темно-сірий – дуже значні зміни.

Рис. 4. Вплив психопатології на якість життя і соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію.



Примітка (тут і далі). Вплив психопатології: темно-сірий – значний вплив, світло-сірий – помірний вплив, білий – відсутність впливу (такого впливу у досліджених не виявлено). Зміна якості життя за сферами: білий – відсутність змін (таких досліджених не виявлено), світло-сірий – значні зміни, темно-сірий – дуже значні зміни.

Рис. 5. Вплив нейролептичної терапії на соціальне функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію

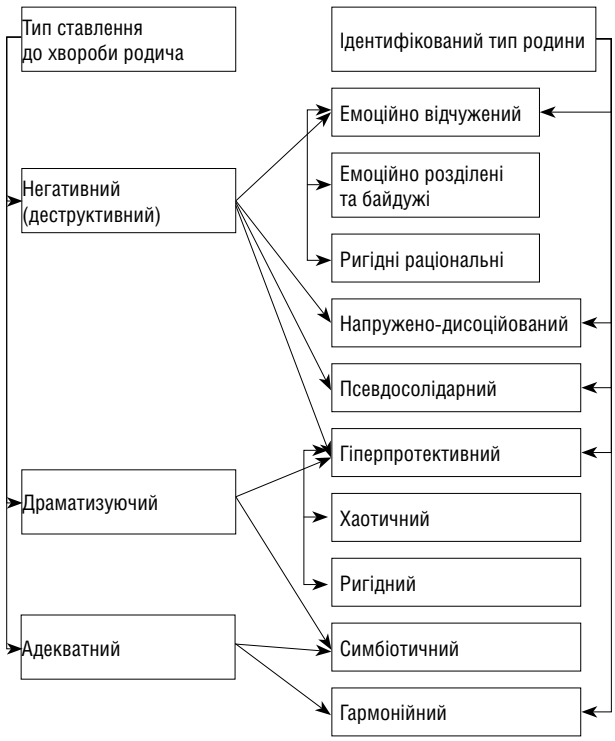


Рис. 6. Взаємозв'язок типу ставлення до хвороби родича та типу родини у жінок, хворих на параноїдну шизофренію

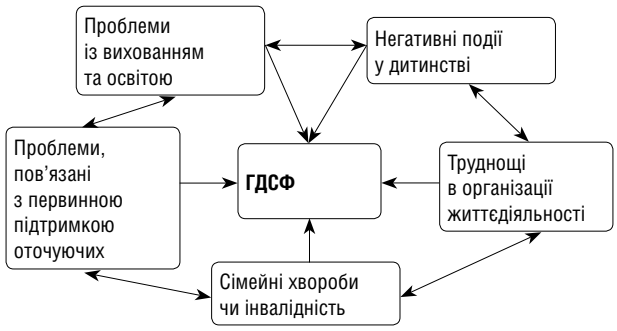
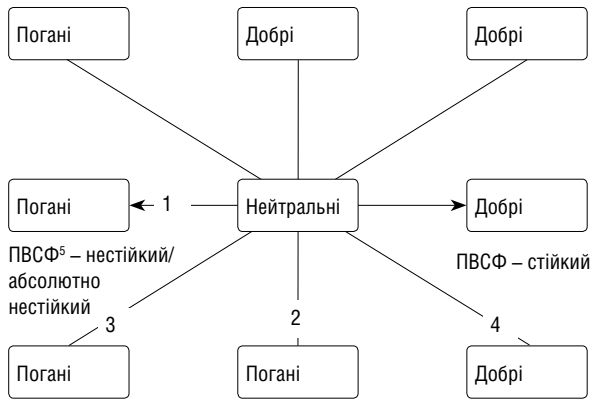


Рис. 7. Коло взаємовпливу між контекстуальними чинниками та їх вплив на розвиток ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію



Примітки: 1 – стосунки із чоловіком; 2 – стосунки із власними батьками; 3 – стосунки із власними дітьми; 4 – стосунки із членами родини (родичами). 5 – ПВСФ – потенціал відбудови соціального функціонування»

Рис. 8. Взаємовідносини порушень «загального родинного функціонування» та ПВСФ у жінок

Коло взаємовпливу між контекстуальними чинниками та їх вплив на розвиток ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, представлено на рисунку 7.

Представлені на рисунку 7 дані, отримані за результатами кореляційного аналізу свідчать, що до найбільш впливових контекстуальних чинників в генезі розвитку ГДСФ у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, належать: негативні події у дитинстві, проблеми із вихованням та освітою, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, сімейного захворювання чи інвалідність, труднощі в організації життєдіяльності. Як видно, виявлені проблеми впливають не лише на розвиток ГДСФ, а й діють як чинник посилення або виникнення інших проблем.

За результатами дослідження нами оцінено так званий «потенціал відбудови соціального функціонування» (ПВСФ), як один із важливих чинників, на якому базується розробка гендерноспецифічних заходів психосоціальної реабілітації (ГЗПР). В основі розрахунку цього показника лежить ранжування усіх змінних, які вивчалися (клініко-психопатологічні та психосоціальні), за ступенем їх впливу на соціальне функціонування: від абсолютно нестійкого (максимально низький ПВСФ) до стійкого (високий ПВСФ). Так, у структурі стійкого ПВСФ мала місце найменша кількість змінних, які зі статистичною достовірністю $p<0,05$ впливали на соціальне функціонування жінки: тобто, стійкий ПВСФ мав найбільшу кількість «не уражених» сфер функціонування та, відповідно, високий потенціал, на який можна спиратися при побудові ГЗПР. У свою чергу, в структурі абсолютно нестійкого ПВСФ виявлено найбільшу кількість змінних, які зі статистичною достовірністю $p<0,05$ впливали на соціальне функціонування жінки, що, за рахунок найбільшої кількості «уражених» сфер функціонування, обумовлювало низький потенціал, на який можна спирати побудову ГЗПР.

Взаємовідносини стану «загального родинного функціонування» та ПВСФ у жінок представлено на рисунку 8. ПЗРФ у жінок за усіма напрямками стосунків – горизонтальним (взаємовідносини із чоловіком), вертикальним (з власними батьками), першим (з власними дітьми) та другим (найближчі родичі) «діагональним» – виявлено при нестійкому або абсолютно нестійкому ПВСФ.

Висновки

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

Отримані дані стали основою для розробки ГЗПР жінок, хворих на параноїдну шизофренію.

Список використаної літератури

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

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ГЕНДЕРНОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.М. Юрьева

На основании комплексного клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, психодиагностического и социально-демографического обследования 230 пациентов с параноидной шизофренией, среди которых было 120 женщин (основная группа) и 110 мужчин (группа сравнения), установлены гендерноспецифические клинико-психопатологические особенности течения параноидной шизофрении, а также различия социального и семейного функционирования и качества жизни пациентов, что послужило основанием для научного обоснования подходов к гендерноспецифической терапии и разработки гендерноспецифических мероприятий психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гендерные особенности, женщины, психосоциальная реабилитация.

SCIENTIFIC RATIONALE OF APPROACHES TO GENDER SPECIFIC EXCLUSION OF THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF WOMEN AFFLICTED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N. Yrieva

Based on a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostic and socio-demohrafic survey of 230 patients with paranoid schizophrenia which included 120 women and 110 men set specific gender clinical and psychopathological peculiarities of paranoid schizophrenia and differences of social and family functioning and quality of life of patients, which was the basis for the scientific study of approaches to therapy and development specific gender measures of psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, gender sensitive, women, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.89-008.1:613.86

О.И. Осокина

СМЫСЛ ОПЫТА ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОЗА И СВЯЗАННАЯ С НИМ СТРЕССОГЕННОСТЬ СИТУАЦИИ: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Ключевые слова: смысл опыта психоза, шизофрения, стрессогенность ситуации, экзистенциально-личностная реабилитация

В данной статье рассмотрены вопросы, связанные с психологическим дистрессом, который испытывают больные шизофренией после перенесенного психотического приступа, через призму экзистенциальной парадигмы. Изучены параметры стрессогенной ситуации связанной с госпитализацией, опытом психотических переживаний и особенностями существования с психиатрическим диагнозом в постпсихотический период. Исследованы самоотчеты больных шизофренией и определены их потребности и ожидания, на основании которых разработана модель экзистенциально – личностной реабилитации. Доказано, что использование данной реабилитационной модели достоверно ($p < 0,001$) снижает стрессогенность ситуации, связанной с психиатрическим опытом, у больных после манифестации шизофрении.

Начало шизофрении представляет собой кризисную жизненную ситуацию для человека. В экзистенциальном понимании кризис является частью бытия индивида. Экзистенциальные теоретики (Хайдеггер М., 1997; Бьюдженталь Дж., 1998; Франкл В., 1998; Якобсен Б., 2005; Бите И., 2005) рассматривают кризис как открытие возможностей, находя в любой кризисной ситуации две стороны: страдание и возможность открытия глубин своего существования. Благодаря расколам у индивида появляется возможность взглянуть на то, чем жизнь является на самом деле. Кризис становится экзистенциальным и может стать поворотной точкой в жизни человека, новой жизненной возможностью [1–4]. И. Д. Ялом (1999) описывает четыре основных экзистенциальных феномена: 1) смерть («мы живём, но однажды мы умрём»); 2) свобода («мы строим свои жизни сами, вправе делать свободный выбор и нести за него ответственность»); 3) изоляция («мы рождены и умираем одни, но нам необходимы другие люди и чувство общности»); 4) бессмысленность («мы ищем и строим смысл жизни, но во вселенной нет смысла») [10]. У больных шизофренией, переживших психотический опыт, экзистенциальные аспекты заметно активизированы кризисом.

Сложность правильного конструктивного осмысления опыта перенесенного психоза связана не только с самой сложностью нахождения и раскрытия смысла, но и с присутствием эмоциональных нарушений и психологического дистресса, а также со специфическими нюансами когнитивного функционирования больных шизофренией. Ощущение бессмысленности психотического опыта или придание ему только негативного, разрушающего смысла, деструктивно влияют на выздоровление, на дальнейшее функционирование и жизнь человека. Проблемы, связанные с осмыслением переживаний психотической реальности и столкновением с психиатрической службой, препятствуют интеграции полученного опыта в общий жизненный опыт больных шизофренией, заставляют их делить прожитую жизнь на отрезок до и после болезни. При этом прошлому опыту придаётся большее значение, так как, по мнению больных, там остались цели, устремления, смыслы, а следующий за болезнью опыт рассматривается как