

© Г.В. Морванюк
УДК 159.96+616.895

Г.В. Морванюк,

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

Г.В. Морванюк,

ГЕНДЕРНЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

G.V. Morvanyuk,

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

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

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

Стаття надійшла до редакції 14.04.2016.

Резюме

Мета дослідження. Використання гендерного підходу в комплексній діагностиці та комплексній терапії параноїдної форми шизофренії (ПШ).

Матеріали і методи. У дослідження 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). Дослідження проходило на протязі 2010 – 2015 років на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Результати. В результаті проведеного дослідження 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 одружені, проте проживали окремо (Г1 – 4,5%; Г2 – 3,9%). Більшість чоловіків (91%) і жінок (92,3%) мали складні конфліктні взаємини з родичами. 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)». 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.

Висновки. 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, а ніж у чоловіків, в яких найбільш представлено інтроверсію.

Ключові слова

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

Резюме

Цель исследования. Использование гендерного подхода в комплексной диагностике и комплексной терапии параноидной формы шизофрении (ПЖ).

Материалы и методы. В исследование были включены 167 больных ПЖ. Все обследуемые были разделены на две группы по гендерному признаку: 89 мужчин составили группу один (Г1), а 78 женщин - группу два (Г2). Исследование проводило в течение 2010 - 2015 годов на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья».

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что более половины мужчин (68,5%) и женщин (60,2%) на момент обследования не имели собственной семьи, однако все они жили в семьях своих родственников. Сохранили свои семьи и 31,4% мужчин и 39,8% женщин, однако некоторые из пациентов каждой из групп были официально женатыми, однако проживали отдельно (Г1 - 4,5%; Г2 - 3,9%). Большинство мужчин (91%) и женщин (92,3%) имели сложные конфликтные отношения с родственниками. Наиболее выраженное чувство неудовлетворенности среди больных мужчин и женщин связано со следующими факторами: «собственный образ жизни в целом», «возможность выбора места работы», «возможность проводить отпуск», «досу», «отношения с супругом / женщиной», «отношения с детьми», «собственное положение в обществе», «содержание своей работы в целом», «условия профессиональной деятельности» и «обстановка в обществе (государстве)». Среди мужчин и женщин доминирует копинг-стратегия «избегание проблем» (94,4% лиц Г1; 97,4% пациенток Г2), при которой больные пытались избежать контакта с окружающей действительностью, уйти от решения проблем. На втором месте по частоте использования находилась стратегия «поиск социальной поддержки», которая широко использовалась 89,9% больных Г1 и 94,9% - Г2.

Выводы. Гендерные особенности обследованных пациентов, страдающих ПЖ заключаются в следующем. Личностную организацию отличают специфические факторы, их комплексы и блоки. У женщин выявлено более выраженные проявления тревоги, когнитивных нарушений, чем у мужчин, в которых наиболее представлено интроверсию.

Ключевые слова

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

Summary

Aim of the study was to use gender approach in complex diagnostics and complex therapy of the paranoid form of schizophrenia.

Materials and methods. The study included 167 patients with paranoid form of schizophrenia. All participants were divided into two groups by gender: 89 men Group 1 (G1), and 78 women - Group 2 (G2). The study was conducted during 2010-2015 on the premises of "Odessa Regional Medical Center for Mental Health".

Results. As a result of the study, more than half of the men (68.5%) and women (60.2%) had no family at the time of the study, but all lived in the families with their relatives. 31.4% of men and 39.8% of women saved their families, however some of the patients in each group were officially married, but lived separately (G1 - 4.5%, G2 - 3.9%). Most men (91%) and women (92.3%) had difficult conflicts with their relatives. The most pronounced feeling of dissatisfaction among sick men and women is related to the following factors: "own way of life as a whole"; "opportunity to choose a place of work"; "opportunity to spend holidays"; "leisure"; "relations with spouse / woman"; "relations with children"; "his/her own position in society"; "content of their work as a whole"; "conditions of professional activity" and "the situation in society (state)". Men and women use the coping strategy of "avoiding problems" (94.4% of G1 people, 97.4% of G2 patients), whereas patients tried to avoid contact with the surrounding reality, to avoid solving problems. The second most frequently used was the strategy of "seeking social support", which was widely used by 89.9% of patients in G1 and 94.9% in G2.

Conclusions. Gender features of the examined patients suffering from paranoid form of schizophrenia are as follows. Personality organization is distinguished by spe-

cific factors, their complexes and blocks. Women showed more pronounced manifestations of anxiety, cognitive impairment when compared to men who demonstrated higher level of introversion.

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 підвищений 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 лікувалися 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 обстежені 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.

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

Вік хворих	Г1, n = 89	Г2, n = 78
до 20 років	1 (1,2)	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)

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.

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)

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

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	-

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).

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

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

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

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.

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

Своє матеріальне становище 41,6% чоловіків і 41% жінок оцінювали як достатнє, матеріальних 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 ?*
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. Варсермана (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 опитуваних 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 опитуваних (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 більшій частині 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 «погану». В цілому, 36,7% чоловіків та 43,3% жінок були задоволені своєю денною активністю (рис. 1).

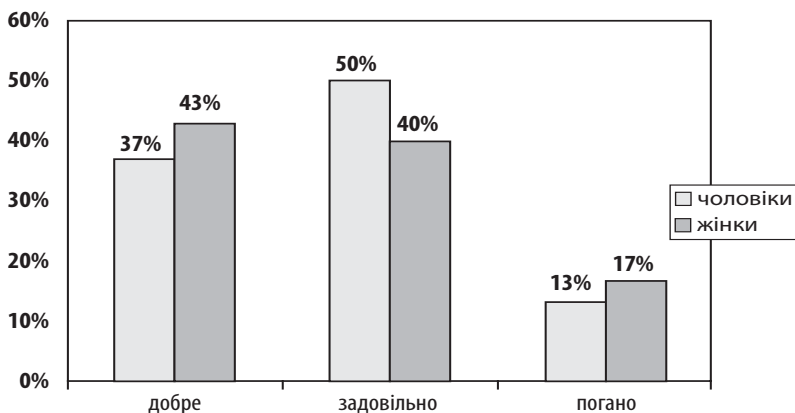


Рис. 1. Ступінь задоволеності власною денною активністю.

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 одружені, 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 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% пацієнок 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 парано-їдну шизофренією 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.

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)

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 ($p < 0,05$).

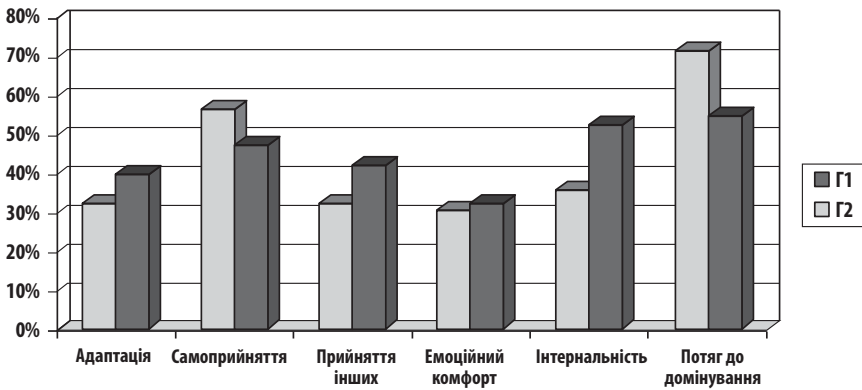


Рис. 2. Розподіл обстежених чоловіків та жінок з ПШ за рівнями адаптації.

Найнижчі значення було отримано в обох групах за шкалами «адаптація» (Г1 – 32,41 бали, Г2 – 39,76 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 влаштовувало.

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. Сухоианова // 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.