

УДК 616.895.8-071-055



К. В. Аймедов

Г. В. Морванюк

## ТИПИ ОСОБИСТІСНИХ ПРОФІЛІВ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, Г. В. Морванюк<sup>2</sup><sup>1</sup> Одеський національний медичний університет<sup>2</sup> КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я»

**Анотація.** У статті розглядаються індивідуально-психологічні особливості чоловіків та жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії (ПФШ). Наведено профілі особистості, що були виявлені в результаті аналізу результатів психодіагностичного обстеження пацієнтів з параноїдною формою шизофренії. Більшість пацієнтів мали психотичний, неврастенічний або гіпотимічний варіанти профілю. Результати дослідження треба враховувати при організації комплексних терапевтичних заходів для хворих на ПФШ.

**Ключові слова:** типи особистісних профілів, параноїдна форма шизофренії, чоловіки, жінки.

### Вступ

У психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише в таких хворобах, як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії [1]. Психіатри-дослідники шизофренії вважають, що чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають більш низький рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності у структурних та функціональних порушеннях мозку [2, 3]. Під час дослідження гендерного аспекту психофармакотерапії неможливо не враховувати той факт, що знання про шизофренію у більшості випадків обґрунтовані шляхом моніторингу випадків хвороби у чоловіків, до того ж гендерні відмінності під час психофармакотерапії взагалі ігноруються [4-6].

### Мета дослідження

Дослідження гендерного підходу в комплексній психофармакотерапії параноїдної форми шизофренії.

### Матеріали та методи дослідження

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

Критеріями включення до груп дослідження були:

- наявність у хворих встановленого діагнозу параноїдної шизофренії (F20.0);
- термін захворювання від встановлення діагнозу складав більше ніж 1 рік;
- хворі, які лікувалися 2 та більше разів;
- хворі, які усвідомлювали зміст пропонуваних методик, були в змозі їх виконати;
- відсутність у хворих тяжких соматичних захворювань;
- письмова згода хворих на проведення дослідження.

На основі наведених критеріїв до участі було включено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Усі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок – групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їх родичі були поінформовані про тему, мету та методи цього дослідження.

На етапі включення хворих до участі у дослідженні обстежуваним роз'яснювались методики, за якими вони будуть проходити тестування, отримувалась письмова згода від хворого. Учасникам пояснювалось, що участь у дослідженні є цілком добровільною та конфіденційною; також вони були ознайомлені з правом відмови від дослідження.

За даними **табл. 1** можна простежити, що основну частину досліджених (як у першій, так і в другій групі) склали хворі віком до 40 років. Це можна пояснити тим, що шизофренія – хвороба, яка маніфестує частіше саме у цьому віковому проміжку. Причому 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 21,40 та 12,80; 9,00 та 5,10), ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Розподіл досліджених за віком та статтю (%)

Вік хворих	Г1 n = 89	Г2 n = 78
до 20 років	3 (3,40)	2 (2,60)
21–30 років	20 (22,50)	21 (26,90)
31–40 років	35 (39,30)	40 (51,30)
41–50 років	19 (21,40)	10 (12,80)
51–60 років	8 (8,90)	4 (5,10)
60 та більше років	4 (4,50)	1 (1,30)

Таблиця 4

**Розподіл досліджених за основними та оціночними шкалами за допомогою особистісного опитувальника «Міні-Мульт»**

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

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.

**Результати дослідження та їх обговорення**

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

Найбільш несприятливий тип профілю особистості – «несприятливий-психотичний» – «Д» (рис. 1). Код профілю за Хатеуей 860'7- / 41395. Найбільш характерний патерн цього профілю – «параноїдний зубець», утворений шкалами «шизофренії», «параноїальності» та «психастенії», розташованими вище середньої лінії профілю, що вказує на високу ймовірність наявності у хворого продуктивної психопатологічної симптоматики в межах параноїдного або галюцинаторно-параноїдного синдрому. До проведення комплексної терапії цей патерн відзначений у 53,93 % чоловіків Г1 та у 52,56 % обстежених хворих Г2.

Наступним характерним профілем був «несприятливий-гіпотимічний» – «Г» (рис. 2) – тип профілю особистості. Код профілю за Хатеуей 2'780- / 1349. Провідний компонент – виражений пік за шкалою депресії з низько розташованою («негативний» пік) на шкалі гіпоманії, що свідчить про високу ймовірність депре-

Як зазначалось раніше, всі досліджені чоловіки та жінки мали встановлений діагноз параноїдної шизофренії (F20.0), у зв'язку з чим проходили лікування не менше ніж двічі, при цьому термін перебігу хвороби складав більше ніж 1 рік (що зазначалось у 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	11 (12,40)	8 (10,30)
21–30 років	59 (66,30)	54 (69,20)
31–40 років	18 (20,20)	16 (20,50)
41–50 років	1 (1,10)	0 (0,00)

Як свідчать дані таблиці, у більш ніж половини досліджених чоловіків (66,30 %) та жінок (69,20 %) дебют ПФШ відбувся у віці 21–30 років.

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

Таблиця 3

**Розподіл досліджених за терміном захворювання (%)**

Термін	Г1 n = 89	Г2 n = 78
1–2 роки	14 (15,70)	11 (14,10)
3–5 років	17 (19,10)	19 (24,40)
6–10 років	22 (24,70)	27 (34,60)
більш ніж 10 років	36 (40,50)	21 (26,90)

За даними табл. 3, найбільша кількість чоловіків Г1 страждали на ПФШ протягом більш ніж 10 років (40,50 %), у той час як більшість жінок Г2 відзначали, що термін захворювання в них дорівнював 6–10 років (34,60 %).

Індивідуально-психологічні особливості хворих на ПФШ вивчали за допомогою Мінесотського мультифакторного особистісного опитувальника «Міні-Мульт», в результаті чого було виявлено домінуючі типи особистості та побудовано усереднені «профілі особистості» досліджуваних кожної групи. У табл. 4 було занесено середні значення за кожною шкалою серед осіб Г1 та Г2.

У цьому дослідженні ми використовували спосіб кодування за Хатеуей, при якому шкали, що 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

сивної симптоматики аж до суїцидальних тенденцій. Цей тип профілю відзначено у 11,24 % пацієнтів Г1 та у 14,10 % хворих Г2.

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 й характерно для виразного негативного нахилу.

Профіль особистості, близький до виділеного в цьому дослідженні «відносно сприятливого соматоформного» типу (рис. 4), слід віднести до досить сприятливих, ґрунтуючись на задовільній соціальній адаптації хворих з такими особистісними властивостями. Код профілю за Хатеуей 3'1697- / . Найбільш характерний патерн – «конверсійна п'ятірка», утворена шкалами іпохон-

дрії, депресії та істерії – розташована вище середньої лінії профілю і показує високу ймовірність соматичної каналізації тривоги. Серед обстежених хворих до проведення курсу терапії профіль цього типу був відзначений у 12,36 % хворих чоловіків Г1 та у 10,26 % жінок Г2.

Найбільш сприятливий варіант профілю ММРІ – «відносно-нормативний» (рис. 5). Слід зауважити, 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 ММРІ. Код профілю за Хатеуей '94 - / 237158. До проведення терапії «відносно-нормативний» тип

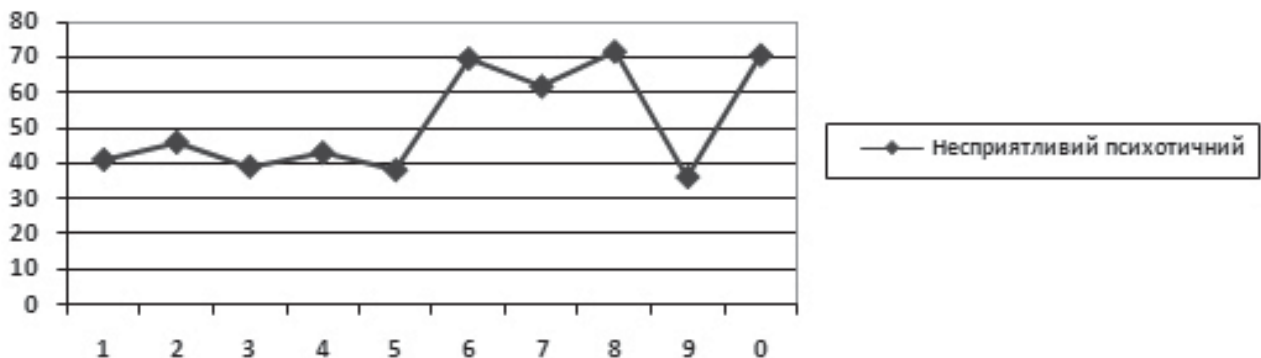


Рис. 1. Усереднений несприятливий психотичний профіль хворих на ПФШ

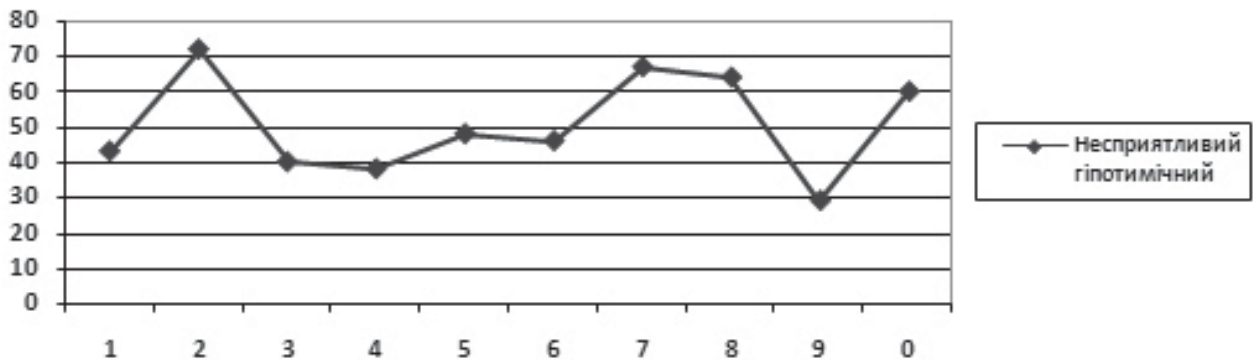


Рис. 2. Усереднений несприятливий гіпотимічний профіль хворих на ПФШ

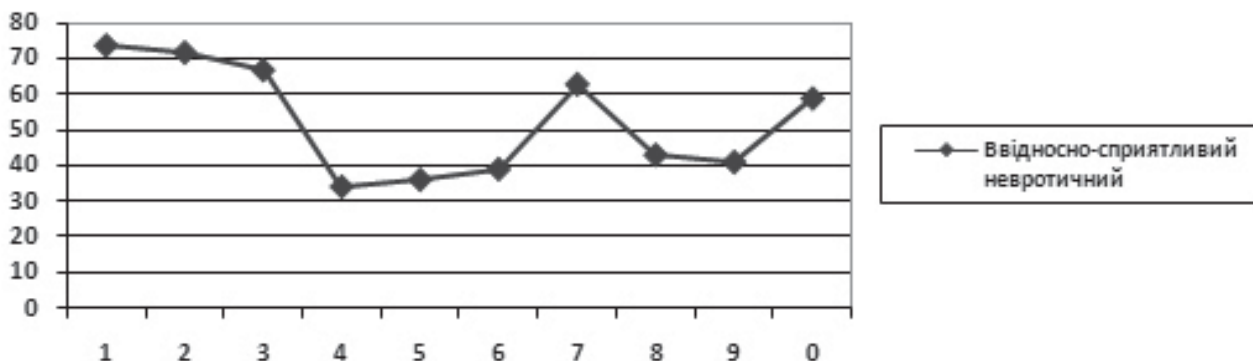


Рис. 3. Усереднений відносно-сприятливий невротичний профіль хворих на ПФШ

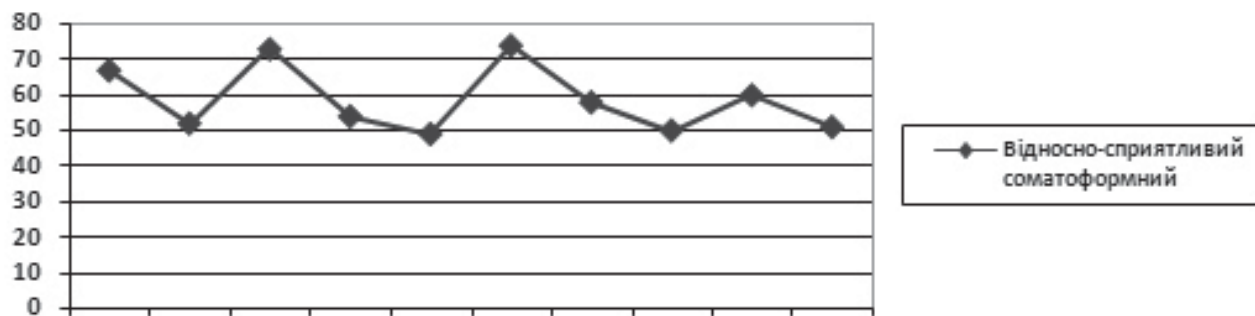


Рис. 4. Усереднений відносно-сприятливий соматоформний профіль хворих на ПФШ

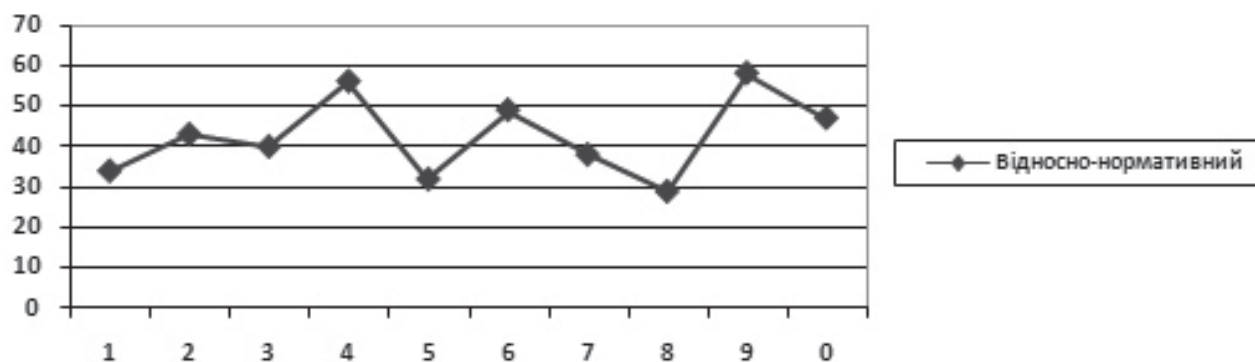


Рис. 5. Усереднений відносно нормативний профіль хворих на ПФШ

профілю особистості відзначений у 7,86 % обстежених хворих Г1 та у 10,26 % жінок Г2.

#### Висновки

У межах дослідження індивідуально-психологічних характеристик хворих на параноїдну форму шизофренії було виявлено превалюючі типи особистісного профілю у

заявленої категорії пацієнтів. Більшість пацієнтів мали несприятливі варіанти профілю: психотичний, неврастенічний або гіпотимічний. Наші дослідження було враховано при організації комплексних терапевтичних заходів для хворих на ПФШ.

#### Література

1. Kushnir A. N. Sotsial'no-demograficheskie osobnosti bol'nykh shizofreniy s raznymi mekhanizmami realizatsii obshchestvenno opasnykh deystviy [Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia with different mechanisms of realization of socially dangerous acts]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2013, no. 4(14), pp. 24-33. (In Russ.)
2. Marua N. O., Jur'jeva L. M., Pan'ko T. V. [et al.] Pervynnyj psyhotychnyj epizod: diagnostyka, farmakoterapija ta psyhosocial'na reabilitacija (metodychni rekomendacii) [The primary psychotic episode: diagnosis, pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation (guidelines)]. Kharkov, 2010, 31 p. (In Ukr.)
3. Fuller R. L., Luck S. J., Braun E.L. [et al.] Impaired control of visual attention in schizophrenia. *J. Abnorm Psychol.*, 2006, pp. 266-275.

4. Mosolov S. N. Shkaly psichometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontsepsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv [Scale psychometric evaluation of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. Moscow, 2001, 238 p. (In Russ.)
5. Straus Dzh. Diagnostika shizofrenii: praktika i teoriya [Diagnosis Schizophrenia: Practice and Theory]. *Shizofreniya* [pod red. M. Meyya, N. Sartoriusa; per. s angl.] [Schizophrenia [ed. M. Mayo, I. Sartorius; per. from English.]]. Kiev, Sphere Publ., 2005, pp. 34-35. (In Russ.)
6. Baran R. B. Myers-Briggs Type Indicator, burnout, and satisfaction in Illinois dentists. *General Dentistry*, 2005, vol. 53, no. 3, pp. 228-235.

#### ТИПЫ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

К. В. Аймаедов<sup>1</sup>, Г. В. Морванюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одесский национальный медицинский университет

<sup>2</sup> КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья»

**Аннотация.** В статье рассматриваются индивидуально-психологические особенности мужчин и женщин, больных параноидной формой шизоф-

#### TYPES OF PERSONALITY PROFILES OF MEN AND WOMEN SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

K. V. Aymedov<sup>1</sup>, G. V. Morvanyuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odessa National Medical University

<sup>2</sup> Public Institution "Odessa Regional Medical Center of Mental Health"

**Summary.** The article deals with individual psychological characteristics of men and women suffering from paranoid schizophrenia. We showed



рени. Приведены профили личности, выявленные при анализе результатов психодиагностического обследования пациентов с параноидной формой шизофрении. Большинство пациентов имели психотические, неврастенические или гипотимические варианты профиля. Результаты исследования надо учитывать при организации комплексных терапевтических мероприятий для больных ПФШ.

**Ключевые слова:** типы личностных профилей, параноидная форма шизофрении, мужчины, женщины.

personality profiles identified in the analysis of the results of psycho-diagnostic evaluation of patients with paranoid schizophrenia. Most patients were psychotic, neurotic or hypothyroid profile option. The findings should be considered in the organization of complex therapeutic interventions for patients with paranoid schizophrenia.

**Key words:** types of personality profiles, paranoid schizophrenia, men, women.

УДК 616.89:578.828:616.8-085.2/.3:616.8-085.851



## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В. И. Вовк

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В статье приведены данные собственного обследования 105 пациентов на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Приведен лечебно-реабилитационный комплекс психокоррекционных мероприятий, состоящий из фармакотерапии и психотерапевтических методик. Психотерапевтическое воздействие включало в себя разъяснительную и рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, семейную психотерапию, групповую психотерапию, арт-терапию, а также дозированное участие терапевта в группах само- и взаимопомощи. Оценивание результативности проводимых мероприятий подтвердило эффективность предложенного психокоррекционного комплекса.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, лечение, психокоррекция.

### Введение

Вопрос коррекции психопатологических расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов остается актуальной проблемой современной психиатрии и психотерапии. В современной литературе исследователи подчеркивают, что в различные периоды течения ВИЧ-инфекции у пациентов могут возникать психосоматические расстройства, а также патологические состояния, обусловленные психологическими проблемами [1, 2]. Для устранения этих расстройств авторы рекомендуют использовать психотерапевтические воздействия: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию [3–8]. Основные виды рекомендованной психологической помощи – индивидуальное психологическое консультирование (или индивидуальная психотерапия), а также семейная или групповая психотерапия.

Отмечено, что психологическая поддержка и доброжелательность медицинских работников и родственников, активно привлекаемых к лечебному процессу, а также психотропная терапия, позволяют снизить

у ВИЧ-инфицированных пациентов уровень негативных реакций, избежать реализации деструктивных поведенческих намерений и способствуют включению механизмов психологической адаптации [3, 6–9].

### Цель исследования

Разработка комплекса психокоррекционных мероприятий у ВИЧ-инфицированных пациентов.

### Материалы и методы исследования

В результате патопсихологического обследования и динамического наблюдения 105-ти ВИЧ-инфицированных пациентов нами был разработан комплекс методов психокоррекции с дифференцированным использованием медикаментозного лечения и комплекса психотерапевтических методик.

Назначение медикаментозной терапии в исследовании проводилось по общим принципам фармакотерапии, то есть с учетом общего избирательного анксиолитического, вегетостабилизирующего, антидепрессивного, антиневротического и регулирующего сон компонентов в спектре психотропной