

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Владимир Эдуардович Пашковский, Александр Генрихович Софронов,
Игорь Дмитриевич Федоровский

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава
России, кафедра психиатрии и наркологии, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

Реферат. Целью исследования являлось сравнительное изучение показателей социального функционирования у мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией. Было обследовано 116 больных параноидной шизофренией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. В 1-ю группу вошли 62 мужчины, средний возраст $45,6 \pm 10,2$ года, во 2-ю — 54 женщины, средний возраст $46,1 \pm 10,7$ года. В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный и статистический методы. Было выявлено, что у женщин уровень социального функционирования был выше в сферах межличностных, супружеских (исключая сексуальные), сексуальных (в том числе в семье) отношений, в организации быта повседневной жизни. Женщины чаще посещали магазины и пользовались общественным транспортом. Выявленное нами отсутствие различий между мужчинами и женщинами по показателям инвалидности, занятости в настоящее время, трудового стажа, динамики материального положения за время болезни, семейному положению можно объяснить возрастом и длительностью заболевания. Учет гендерного фактора может способствовать более дифференцированному подходу в оказании психосоциальной помощи больным параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, гендерный фактор, социальное функционирование.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SOCIAL FUNCTIONING IN MALE AND FEMALE PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Vladimir E. Pashkovskiy, Alexandr G. Sofronov,
Igor D. Fedorovskiy

I.I. Mechnikov Nord-West State Medical University,
Department of Psychiatry and Addictions,
191015, St. Petersburg, Kirochnaya Street, 41,
e-mail: pashvladimir@yandex.ru

The aim of the study was to compare the social functioning (SF) indicators in males and females with paranoid schizophrenia. The study included 116 patients with paranoid schizophrenia up to ICD-10 diagnostic criteria. The first group (males) included 62 patients, mean age 45.6 ± 10.2 years, the second group (female) included 54 patients, mean age 46.1 ± 10.7 years. Clinical-psychopathological, clinical-archive and statistical methods were used in the study. It was found that the level of SF was higher in females in the areas of interpersonal relationships, marital (excluding sexual) relationships, sexual relations (including in the family), and in the everyday life organizing. Females often visited shops and used public transport. No differences between groups were obtained in the indicators of disability,

present time employment, length of professional occupation, dynamics of financial position during the illness, family status. This may be explained by the age and duration of the disease. Gender mainstreaming can contribute to a more differentiated approach in providing psychosocial care to patients with paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, gender factor, social functioning.

В настоящее время нарушения социального функционирования (СФ) рассматриваются как сущностный признак шизофрении и наряду с бредом, галлюцинациями, дезорганизацией мышления и поведения включены в международные классификации как диагностический критерий [12]. Неуклонный рост исследований по проблеме СФ отражает неудовлетворенность как психиатров, так и представителей общественных организаций пациентов, их семей, групп защиты их прав социальным и материально-бытовым положением больных шизофренией. Дефицит в сферах образования, трудовой деятельности, независимого проживания, взаимодействия с окружающими является значимым фактором суммарного бремени шизофрении в РФ с позиций психиатрических служб, пациента, его семьи и общества в целом [2, 3, 6, 8, 11].

Исследованиями последних лет установлено, что функциональный спад не является прямым следствием хронификации заболевания или длительного лечения нейролептиками, а обнаруживается у пациентов с первым эпизодом или с ультравысоким риском заболевания и может быть значимым предиктором перехода на явные психотические расстройства [20, 24, 25, 26]. Направления исследований СФ касались изучения многих факторов: социально-демографических, клинико-динамических, лечебно-реабилитационных. На сегодняшний день на место главного фактора, предопределяющего нарушения СФ

при шизофрении, претендует дефицит социального познания («social cognition»), хотя содержательная трактовка этого термина окончательно не определилась [10].

и включающей демографические, клинко-психопатологические и социальные характеристики пациентов, были изучены амбулаторные карты, проводились беседы с родственниками.

Таблица 1

Распределение больных по типу течения шизофрении

Код	Заболевания	1-я группа (n=62)		2-я группа (n=54)		p
		абс.	%	абс.	%	
F20.004	Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, неполная ремиссия	27	43,5	4	7,4	0,0000*
F20.006	Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии	30	48,5	38	70,4	0,0180*
F20.014	Параноидная шизофрения, эпизодический тип с нарастающим дефектом, неполная ремиссия	4	6,4	9	16,7	0,0819
F20.018	Параноидная шизофрения, эпизодический тип с нарастающим дефектом, другой тип ремиссии	0	0	1	1,8	0,2910
F20.019	Параноидная шизофрения, эпизодический тип с нарастающим дефектом, ремиссия без дополнительных указаний.	1	1,6	2	3,7	0,4780
F20.004	Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года	0	0	0	0	—

* различия статистически значимы.

Несмотря на многочисленные исследования СФ, многие вопросы остаются недостаточно изученными. Так, работ, включающих гендерный аспект немного [4]. Поэтому целью настоящей работы явилось сравнительное изучение показателей СФ у мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 1327 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра, наблюдавшихся у психиатров психоневрологического диспансера №5 Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга. В исследование было включено 116 больных параноидной шизофренией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [7]. Критериями включения в исследование было отсутствие острой психопатологической симптоматики, длительность наблюдения не менее 5 лет, возраст не ниже 18 лет, исключения – псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления и шизофазии. В 1-ю группу (мужчины) вошло 62 больных, средний возраст $45,6 \pm 10,2$ года, во 2-ю (женщины) – 54, средний возраст $46,1 \pm 10,7$ года. В исследовании использовались клинко-психопатологический, клинко-архивный и статистический методы. Стандартизация клинко-психопатологического исследования проводилась в форме структурированного интервью, на основании специально разработанной карты, состоящей из 5 модулей

Применялся опросник для оценки СФ и качества жизни психически больных И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера [1], шкала общего клинического впечатления CGI [17] и шкала оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах [5]. С помощью пакета Statistica 7.0 проводилось вычисление статистических показателей (Реброва) [9]. Определялись среднее значение (M), стандартное отклонение (SD). При сопоставлении двух групп применялись метод Манна–Уитни и метод сравнения двух пропорций (долей) – Z-критерий. Уровень значимости в данном исследовании $p < 0,05$.

Как показали результаты исследования по типу течения параноидной шизофрении (табл. 1) выявлено значимое преобладание пациентов с непрерывным типом течения, неполной ремиссией в 1-й группе (43,5% vs 7,4%; $p = 0,0000$) и с непрерывным типом течения с отсутствием ремиссии во 2-й (70,4% vs 48,4%; $p = 0,0180$).

На момент обследования среднее количество баллов по шкале CGI в 1-й группе было $4,3 \pm 0,6$, во 2-й – $4,4 \pm 0,7$. Преобладание умеренно выраженных психических нарушений наблюдалось в 1-й группе (61,3% vs 42,6%; $p = 0,0466$).

В активном периоде заболевания в 1-й группе наиболее часто выявлялись аффективно-бредовые синдромы (19,3%), галлюцинаторно-параноидные (35,4%), парафренические (21,9%), паранойяльные (1,6%), во 2-й группе – соответственно 31,5%,

Таблица 2
Распределение больных по группам инвалидности

Группы инвалидности	1-я группа (n=62)		2-я группа (n=54)		p
	абс.	%	абс.	%	
Первая	3	4,8	0	0	0,1056
Вторая	36	58,1	35	64,8	0,4616
Третья	2	3,2	1	1,8	0,6341
Инвалидность отсутствует	21	33,9	18	33,3	0,9367

тики, была выше во 2-й группе (85,2% vs 45,2%; $p=0,0000$).

В дневном стационаре психоневрологического диспансера за последние 5 лет не менее 2 раз лечилось 11,3% пациентов 1-й и 31,5% – 2-й группы ($p=0,0085$). В диспансере оказывались следующие виды психосоциальной помощи: трудотерапия – 45,2% пациентам 1-й группы и 13,0% – 2-й ($p=0,0003$), арттерапия соответственно 40,3% и 42,6% ($p=0,8023$), индивидуальное психологичес-

Достигнутый уровень образования

Таблица 3

Показатели	1-я группа (n=62)		2-я группа (n=54)		p
	абс.	%	абс.	%	
Высшее (ВУЗ)	17	27,4	20	37,0	0,2707
Незаконченное высшее (ВУЗ)	14	22,6	2	3,7	0,0039*
Среднее профессиональное (техникум, колледж)	17	27,4	17	31,5	0,6294
Среднее (10-11 классов средней школы)	11	17,8	10	18,6	0,9113
Неполное среднее (5-9 классов средней школы)	3	4,8	5	9,2	0,3513

16,7%, 25,9%, 1,8%. Статистически значимым оказалось преобладание больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом в 1-й группе ($p=0,0250$). В межприступном периоде психопатоподобные синдромы чаще наблюдались в 1-й (45,1% vs 22,2%; $p=0,0109$), а неврозоподобные – во 2-й (42,6% vs 17,7%; $p=0,0040$). При настоящем обследовании в 1-й группе значимо преобладали легкие расстройства личности в виде незначительного эмоционального уплощения, неадекватности, нерезкого снижения энергетического потенциала (50,0% vs 27,8%; $p=0,0163$), во 2-й – выраженные изменения личности с преобладанием вялости, редукции энергетического потенциала (68,5% vs 50,0%; $p=0,0459$). Среди сопутствующих заболеваний в 1-й группе была выше доля больных с алкогольной зависимостью (22,6% vs 1,8%; $p=0,0012$), во 2-й – с хроническим гепатитом (33,3% vs 14,5%; $p=0,0201$). В этой же группе было значимо больше больных с длительностью заболевания 20–25 лет (31,5% vs 12,9%; $p=0,0167$), в 1-ой – с давностью 26–29 лет (33,9% vs 3,7%; $p=0,0001$).

Сравнение показателей инвалидности (табл. 2) значимых различий между 1 и 2-й группами не выявило. Среднее количество госпитализаций в психиатрическую больницу в 1-й группе было $7,3 \pm 5,9$, во 2-й – $6,0 \pm 4,9$. Различия статистически незначимы ($p=0,2033$). Поддерживающую терапию традиционными нейролептиками получали 87,1% больных 1-й и 75,9% – 2-й группы. Доля больных, получавших атипичные нейролеп-

кое консультирование 43,5% и 37,0% ($p=0,4783$), индивидуальная психотерапия 14,5% и 33,3% ($p=0,0184$).

Показатели социального функционирования. Одним из существенных факторов СФ является достигнутый уровень образования.

В обеих группах (табл. 3) наиболее высокими оказались доли пациентов с высшим и средним специальным образованием. Статистически значимым оказалось различие долей лиц с незаконченным высшим образованием в 1 и 2-й группах (22,6% vs 3,7%; $p=0,0039$). В связи с морбидными характеристиками получение образования было прервано у пациентов 1-й группы в 58,1% случаев, 2-й – в 29,6% ($p=0,0026$). Межгрупповых различий по показателю «умственный труд» (33,9% и 40,7%; $p=0,4510$) не выявлено. Более высокая доля пациентов по показателю «физический труд» обнаружена в 1-й группе (35,5% vs 9,3%; $p=0,0001$). На момент обследования не работало 58% больных 1-й и 59,2% – 2-й ($p=0,9047$). Постоянно работали в соответствии с полученным образованием и квалификацией всего 9,7% пациентов 1-й и 11,1% 2-й ($p=0,8054$). Временно работали в должности ниже полученного образования и квалификации 11,3% больных 1-й и 3,7% 2-й ($p=0,1298$). Трудовая деятельность была прервана в связи с морбидными характеристиками у больных 1-й группы в 32,2%, 2-й – в 29,6% случаев. Проблемы, связанные с другими неблагоприятными психосоциальными обстоятельствами (безработица и т.д.) явились причиной

Таблица 4

Семейное положение

Показатели	1-я группа (n=62)		2-я группа (n=54)		p
	абс.	%	абс.	%	
Женат (замужем)	9	14,5	15	27,8	0,0804
Разведен (а)	10	16,1	11	20,4	0,5497
Гражданский брак	5	8,1	2	3,7	0,3236
Вдов	0	0	1	1,8	0,2910
Холост	38	61,3	25	46,3	0,1085

прерывания трудовой деятельности соответственно в 11,3% и в 1,8% случаев. Различия статистически значимы ($p=0,0461$). Доли пациентов, у которых не было смены мест работы за последние 10 лет или было не более 1 раза, оказались выше во 2-й группе (33,3% vs 16,1%; $p=0,0328$ и 18,5% vs 1,6%; $p=0,0024$). Преобладание доли лиц, сменивших работу 6 раз и более выявлялось в 1-й группе (25,8% vs 3,7%; $p=0,0014$). Обусловленность смены мест работы конфликтами с администрацией и коллективом чаще наблюдалась во 2-й группе (22,2% vs 1,6%; $p=0,0006$).

Сравнение показателей дневной активности показало, что ежедневные прогулки чаще совершали пациенты 1-й группы (43,5% vs 22,2%; $p=0,0170$), а еженедельные – 2-й (46,3% vs 29,0%; $p=0,0500$). У пациенток 2-й группы были выше показатели частоты посещения магазина (42,6% vs 22,6%; $p=0,0230$) и частоты использования общественного транспорта (25,9% vs 11,3%; $p=0,0439$). Частота использования персонального компьютера была выше в 1-й группе (71,0% vs 33,3%, $p=0,0001$). Показатели материально-бытовой сферы включали доход, жилье, одежду, питание. Выявлено, что в 1-й группе, по сравнению со 2-й наиболее высокой была доля пациентов, у которых материальных средств хватало на удовлетворительное питание, оплату ЖКХ, периодическое приобретение одежды и был возможен недорогой отдых (46,8% vs 25,9%; $p=0,0219$). У большинства больных материальное положение претерпело отрицательную динамику. Только у 6,4% больных 1-й и 1,8% 2-й групп доход после наступления заболевания не изменился. Среди одиноких больных доля пациентов, проживающих в отдельной однокомнатной квартире, была выше в 1-й группе (27,4% vs 3,7%; $p=0,0008$). Доля лиц, проживающих в семьях, имеющих отдельную квартиру, состоящую из 2 или нескольких комнат была выше во 2-й группе (57,4% vs 37,1%; $p=0,0308$).

Обеспеченность одеждой в обеих группах была различной. В 1-й группе была выше доля пациентов, имеющих все необходимые вещи, качество которых соответствовало среднему стандарту (64,5% vs 40,7%; $p=0,0117$), во 2-й – было больше лиц, имеющих небогатый гардероб, состоящий в основном из старых самых необходимых вещей (57,4% vs 33,9%; $p=0,0125$). Значимых межгрупповых различий по показателю «качество питания» не обнаружено.

Как в 1-й, так и во 2-й группе наибольший удельный вес составили пациенты, никогда не имевшие брачных отношений (табл. 4). Межгрупповые различия статистически незначимы.

По показателю «характеристика круга общения» (см. рис.) выявлено преобладание лиц с разнообразным кругом общения, в значительной степени по инициативе больного во 2-й группе (29,6% vs 6,4%; $p=0,0013$).

Доля лиц, предпочитавших общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного была большей в 1-й группе (43,6% vs 20,4%; $p=0,0093$).

Сравнительное исследование с помощью шкалы оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах по А.П. Коцюбинскому [5] не выявило значимых различий в сферах «профессиональная», «воспитание детей», «родительская семья». В профессиональной сфере в 1-й группе среднее количество баллов составило $2,8 \pm 1,6$, во 2-й – $2,7 \pm 1,8$, соответственно в сфере «воспитание детей» – $3,3 \pm 1,3$, и $3,0 \pm 1,4$, в сфере «родительская семья» – $2,1 \pm 1,3$, и $2,0 \pm 1,4$.

Хотя по общему среднему баллу в сферах «межличностные отношения (внесемейные)», «организация быта повседневной жизни», «сексуальные отношения (в том числе и в семье)» межгрупповые различия не выявлены, обнаружена разница по отдельным показателям. Так, в сферах «межличностные отношения (внесемейные)» и «организация быта повседневной жизни» доля лиц с отсутствием дефекта была выше во 2-й, соответственно (31,5% vs 8,1%; $p=0,0018$ и 38,9% vs 17,7%; $p=0,0121$), а с легким дефектом – в 1-й (40,3% vs 18,5%; $p=0,0120$ и 46,8% vs 27,8%; $p=0,0376$) группах. В сфере «сексуальные отношения (в том числе и в семье)» доля лиц с отсутствием дефекта преобладала во 2-й группе (20,4% vs 3,2%; $p=0,0041$), а со значительным дефектом – в 1-й (21,0% vs 5,5%; $p=0,0173$).

Общий средний балл в сфере «Супружеские отношения (исключая сексуальные)» показал

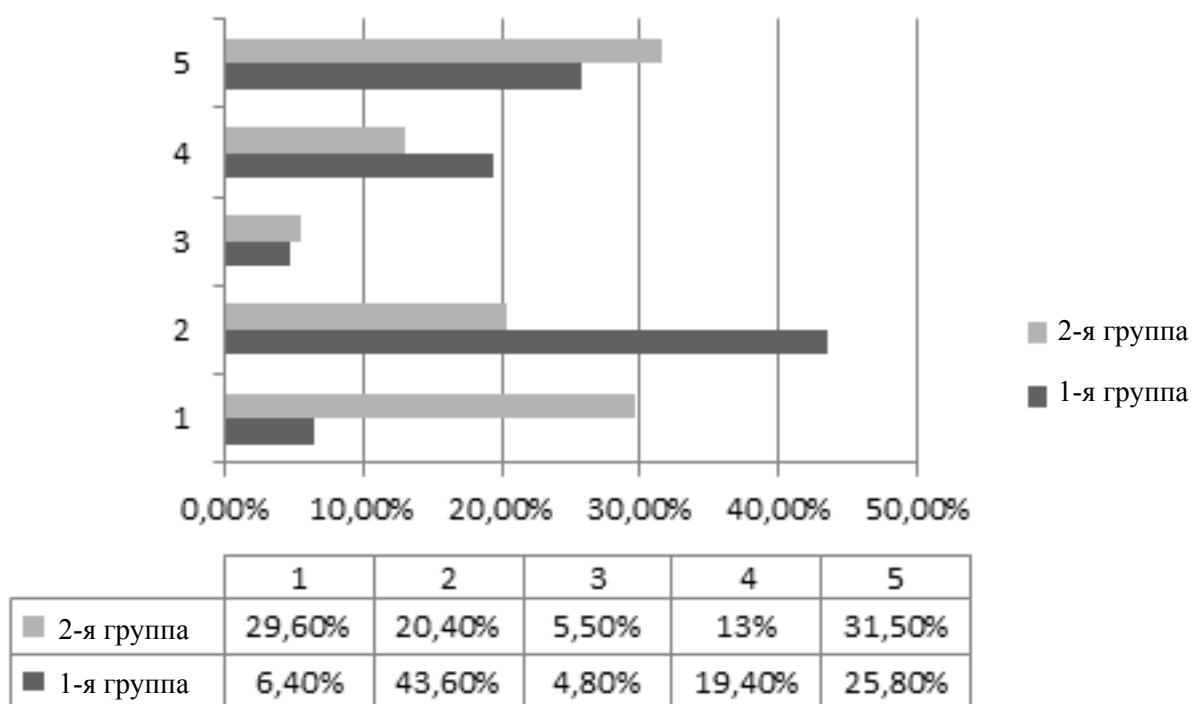


Рис. 1. Характеристика круга общения.

Примечания: 1 – разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе больного; 2 – общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного; 3 – общение ограничено семейным окружением, в том числе и по инициативе больного; 4 – общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носит эпизодический характер; 5 – практически ни с кем не общается.

большую их сохранность у больных 2-й группы ($2,4 \pm 1,7$ vs $3,3 \pm 1,2$; $p = 0,0080$). Доля лиц с отсутствием дефекта была выше во 2-й ($25,9\%$ vs $4,8\%$; $p = 0,0017$), с тяжелым дефектом – в 1-й группе ($72,6\%$ vs $50,0\%$; $p = 0,0138$).

Таким образом, настоящее исследование выявило ряд различий в СФ мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией. В литературе нет единого мнения по этому вопросу. Одни авторы отрицают наличие гендерных различий [14, 15], другие – подчеркивают идентичность симптоматических особенностей во время обострения заболевания. В то же время более тщательный скрининг выявил существенные гендерные различия в шизофрении: в возрасте, преморбидной личности, подтипах шизофрении, психологических функциях и реакции на лечение [21, 22]. В нашей работе было выявлено, что у женщин уровень СФ был выше в сферах внесемейных межличностных отношений, супружеских (исключая сексуальные) отношений, сексуальных отношений (в том числе в семье), в организации быта повседневной жизни. Женщины чаще посещали магазины, чаще пользовались общественным транспортом.

Вместе с тем, не все полученные нами результаты согласуются с данными других исследо-

вателей. Нами не обнаружено статистически значимых различий между мужчинами и женщинами по показателям уровня инвалидности, уровня образования, вступления в брак, на различия в которых указывали другие исследователи [13, 16, 18, 19]. По данным А.К. Olsson с соавт. [19] женщинам присущи меньшая поддержка в сфере жилищного строительства и достижение более высокого уровня семейного положения по сравнению с мужчинами. Выявленное нами отсутствие различий между мужчинами и женщинами по показателям инвалидности, занятости в настоящее время, трудового стажа, динамики материального положения за время болезни, семейному положению можно объяснить возрастом и длительностью заболевания. Это согласуется с данными о том, что у женщин выявляются лучшие результаты в краткосрочной перспективе, в то время как гендерные различия, как правило, исчезают в течение длительных периодов [23].

Таким образом, настоящее исследование поддерживает гипотезу о различиях в разных сферах СФ у мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией. Учет гендерного фактора может способствовать более дифференцированному подходу в оказании психосоциальной помощи данному контингенту больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8. № 2. С. 35–40.
2. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментов для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, №2. С. 9–18.
3. Зайцев Д.А. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией с эпизодическими госпитализациями: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Моск. НИИ психиатрии, 2001. 22 с.
4. Захаров Н.Б. Социальная адаптация молодых женщин, больных параноидной шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб.: Военно-медицинская академия, 2004. 19 с.
5. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
6. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и др. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 36–42.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Ростов-на-Дону: Изд-во ЛР НЦ “Феникс”, 1999. 420 с.
8. Мухаметшина З.Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией: клинико-социальные и психологические аспекты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т, 2009. 25 с.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.
10. Руденко С.Л., Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т.23, № 1. С. 27–33.
11. Султанов М.Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации (клинические и социальные аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ, 2005. 22 с.
12. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
13. Andia A.M., Zisook S., Heaton R.K. et. al. Gender differences in schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. 1995. Vol.183, №8. P. 522–528.
14. Bottlender R., Strauss A., Möller H.J. Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission // Schizophr. Res. 2010. Vol.116, №1. P. 9–15.
15. Galderisi S., Bucci P., Üçok A., Peuskens J. No gender differences in social outcome in patients suffering from schizophrenia // Eur. Psychiatry. 2012. Vol.27, №6. P. 406–408.
16. Gureje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes // Acta Psychiatr. Scand. 1991. Vol. 83, №5. P. 402–405.
17. Guy W. Clinical Global Impressions. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised (DHEW Publ No ADM 76-338). National Institute of Mental Health: Rockville, MD., 1976. P. 218–222.
18. Morgan V.A., Castle D.J., Jablensky A.V. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders // Aust. N. Z. J. Psychiatry. 2008. Vol.42, №1. P. 74–82.
19. Olsson A.K., Hjärthag F., Helldin L. Predicting real-world functional milestones in schizophrenia // Psychiatry Res. 2016. Vol. 242. P. 1–6.
20. Rapoport J.L., Addington A.M., Frangou S., Psych M.R. The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005 // Mol. Psychiatry. 2005. Vol. 10, № 5. P. 434–449.
21. Shtasel D.L., Gur R.E., Gallacher F., Heimberg C., Gur R.C. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia // Schizophr. Res. 1992. Vol.7, №3. P. 225–231.
22. Tamminga C.A. Gender and schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. 1997. Vol.58, Suppl 15. P. 33–37.
23. Thara R., Kamath S. Women and schizophrenia // Indian J. Psychiatry. 2015. Vol. 57, Suppl. 2. P. 246–251.
24. Velthorst E., Nelson B., Wiltink S. et.al. Transition to first episode psychosis in ultra high risk populations: does baseline functioning hold the key? // Schizophr Res. 2013. Vol. 143, № 1. P. 132–137.
25. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P. et.al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group // Schizophr Res. 2003. Vol.60, №1. P. 21–32.
26. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features // Schizophr. Res. 2004. Vol.67, № 2-3. P. 131–142.

REFERENCES

1. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 1998. Vol. 8, №2. pp. 35–40. (in Russian)
2. Gurovich I.Ya., Papsuev O.O. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2015. Vol.25, №2. pp. 9–18. (in Russian)
3. Zaitsev D.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow: Mosk. NII psikiatrii, 2001. 22 p. (in Russian)
4. Zakharov N.B. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. St.-Peterburg: Voenno-meditsinskaya akademiya, 2004. 19 p. (in Russian)
5. Kotsyubinskii A.P., Skorik A.I., Aksanova I.O. et al. *Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevanie*. St.-Peterburg: Gippokrat plus. 2004. 336 p. (in Russian)
6. Lyubov E. B., Yastrebov V. S., Shevchenko L. S. et al. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2012, Vol. 22, № 3. pp. 36–42. (in Russian)
7. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-I pere-smotr). Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00-F99)*. Rostov-on-don: Izd-vo LRNTs “Feniks”, 1999. 420 p. (in Russian)
8. Mukhametshina Z.F. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow: Mosk. gos. med.-stomatolog. un-t, 2009. 25 p. (in Russian)
9. Rebrova O.Yu. *Statisticheskii analiz meditsinskikh dannikh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA*. Moscow: MediaSfera. 2002. 312 p. (in Russian)
10. Rudenko S.L., Rychkova O.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2013. T.23, № 1. pp. 27–33. (in Russian)
11. Sultanov M.G. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow: Gos. nauch. tsentr sots. i sudeb. psikiatrii im. V.P. Serbskogo, 2005. 22 p. (in Russian).

Поступила 18.07.17.