

## НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.71.8:316.62

DOI 10.11603/2415-8798.2018.4.9549

©О. П. Венгер, В. С. Білоус

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

## ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ ПСИХОТИЧНИМ РОЗЛАДОМ

**Резюме.** Всесвітня психіатрична асоціація і Європейська асоціація психіатрів у якості основної стратегії лікування психозів у цілому, і шизофренії зокрема, особливу увагу приділяють рівню соціального функціонування та якості життя пацієнтів із даною патологією.

**Мета дослідження** – вивчити особливості соціального функціонування соціально-психологічної адаптації пацієнтів із параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом.

**Матеріали і методи.** Було клінічно обстежено 137 пацієнтів із першим психотичним епізодом: 1) 65 пацієнтів (2–3 госпіталізації) – із діагнозом параноїдної шизофренії (ПШ) (F20.0); 2) 72 особи (перша госпіталізація) – з діагнозом гострого поліморфного психотичного розладу (ГППР) (F23.0, F23.1). Дослідження рівня соціального функціонування у хворих на ПШ та ГППР у різні вікові періоди життя було проведено за допомогою структурованого інтерв'ю PAS-SI, зіставленого з даними анамнезу.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Виявлено, що у хворих на ПШ в продромальний період психозу (ППП) у всіх вікових періодах відзначався середньонизький рівень загального соціального функціонування з поступовим незначним зниженням цього рівня за рік до маніфестації психозу. Тоді як у хворих із ГППР виявлено хвилеподібні коливання рівня загального соціального функціонування, від високого – до середнього та від середнього – до високого, при середньому рівні загального соціального функціонування за рік до маніфестації психозу.

**Висновки.** Стабільний та більш низький рівень загального соціального функціонування у всіх вікових періодах у хворих на ПШ, на відміну від пацієнтів із ГППР, свідчить про зниження адаптаційних можливостей психіки хворих на ПШ. Разом з тим, коли більш високий рівень соціального функціонування та його хвилеподібні коливання від високого – до середнього та від середнього – до високого свідчать про менш виражені зміни адаптації хворих із ГППР.

**Ключові слова:** соціальне функціонування; параноїдна шизофренія; гострий поліморфний психотичний розлад.

**ВСТУП** Всесвітня психіатрична асоціація і Європейська асоціація психіатрів у якості основної стратегії лікування психозів у цілому, і шизофренії зокрема, особливу увагу приділяють рівню соціального функціонування та якості життя пацієнтів із даною патологією.

Шизофренія – мультифакторне захворювання, що призводить до інвалідизації, порушення соціальних зв'язків, економічних втрат, зниження якості життя та вражає осіб працездатного віку. За сучасними даними, ризик захворювання становить 0,5–1,0 %. У зв'язку з цим виникає питання про необхідну умову для впровадження специфічних заходів медико-соціального супроводу даної категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації пацієнтів, підвищення якості їх життя та соціального функціонування. Звертає на себе увагу, що лише невелика кількість робіт, присвячена розгляду даної патології із позицій біопсихосоціальної моделі, а також впровадженню програм реабілітації для пацієнтів із ПШ, таким чином, обраний напрямок дослідження представляє безперечний науковий інтерес і є вельми пріоритетним.

**Метою дослідження** було вивчити особливості соціального функціонування та соціально-психологічної адаптації пацієнтів із параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** У процесі виконання дослідження було обстежено 137 пацієнтів із першим психотичним епізодом: 1) 65 пацієнтів (2–3 госпіталізації) – з діагнозом параноїдної шизофренії (ПШ) (F20.0); 2) 72 пацієнти (перша госпіталізація) – з діагнозом гострого поліморфного психотичного розладу (ГППР) (F23.0, F23.1), яких обстежили як у форматі реального часу, так і ретроспективно.

Дослідження рівня соціального функціонування у хворих на ПШ та з ГППР у різні вікові періоди їхнього життя було проведено за допомогою структурованого інтерв'ю PAS-SI, зіставленого з даними анамнезу. За допомогою методики Л. І. Вассермана (у модифікації В. В. Бойко) було вивчено загальний рівень соціальної фрустрованості та рівень фрустрованості за окремими соціальними чинниками життєдіяльності хворих на ПШ та з ГППР.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Результати цього дослідження представлені у таблиці.

Згідно з результатами, представленими у таблиці, у хворих на ПШ у різні вікові періоди відмічені наступні рівні соціального функціонування.

У період 6–11 років у пацієнтів виявлено середньонизький рівень загального соціального функціонування – від 3,0 до 4,4 бала ((3,7±0,7) бала при  $p < 0,01$ ). У цьому віковому періоді основними чинниками, що знижують рівень загального соціального функціонування, були:

1) низький рівень товариськості й високий рівень відокремленості (діапазон товариськості: від помірно відокремленого (віддаються мріям і надмірному фантазуванню, пасивно втягуються у контакт з іншими) – до відокремленого й ізольованого (уникає контактів) ((5,0±0,8) бала при  $p < 0,01$ ).

2) низький рівень взаємовідносин у дитинстві (їх діапазон: від випадкових друзів і знайомств – до соціальної ізоляції, відсутність друзів і поверхневих взаємовідносин) ((4,8±1,0) бала при  $p < 0,01$ ).

У період 12–15 років реєстрували середньонизький рівень загального соціального функціонування – від 3,3 до 4,3 бала ((3,8±0,5) бала при  $p < 0,05$ ). У цьому віковому періоді головними чинниками, що знижують рівень загального соціального функціонування, були:

Таблиця. Рівень вираження соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад у продромальному періоді психозу

Показник соціального функціонування	Вираження соціального функціонування М±σ (бали)	
	хворі на ПШ	хворі з ГППР
6–11 років		
I. Товариськість та самотність у дитинстві	5,0±0,8**	1,3±0,3
II. Взаємовідносини у дитинстві	4,8±1,0**	1,8±0,2
III. Шкільна успішність у дитинстві	2,4±0,4	2,0±0,2
IV. Адаптація до школи у дитинстві	2,2±0,4	1,9±0,3
Рівень загального соціального функціонування (М±σ балів)	3,7±0,7**	1,8±0,3
12–15 років		
I. Товариськість та самотність	4,8±0,9**	2,2±0,2
II. Взаємовідносини у ранній юності	5,2±0,4*	2,6±0,3
III. Шкільна успішність у ранній юності	2,6±0,3	2,2±0,3
IV. Адаптація до школи у ранній юності	2,6±0,5	4,3±0,6*
V. Соціально-сексуальні аспекти життя протягом ранньої юності	3,4±0,5	3,0±0,4
Рівень загального соціального функціонування (М±σ балів)	3,8±0,5*	2,8±0,3
16–18 років		
I. Товариськість і самотність у пізній юності	5,3±0,4**	1,7±0,3
II. Взаємовідносини у пізній юності	4,5±0,5**	1,5±0,5
III. Шкільна успішність у пізній юності	2,1±0,4	1,8±0,2
IV. Адаптація до школи у пізній юності	3,5±0,6*	2,0±0,3
V. Соціально-сексуальні аспекти життя протягом пізньої юності	4,1±0,7**	2,0±0,4
Рівень загального соціального функціонування (М±σ балів)	3,9±0,5**	1,8±0,3
Від 19 років		
I. Товариськість і самотність у дорослому віці	3,6±0,5	5,2±0,4*
II. Взаємовідносини у дорослому віці	5,1±0,6*	2,9±0,4
V.1. Аспект дорослого соціально-сексуального життя (для осіб, які перебувають у шлюбі зараз або раніше)	2,5±0,3**	1,1±0,2
V.2. Аспект дорослого соціально-сексуального життя (жодного шлюбу, більше 30 років)	4,2±0,5	3,8±0,5
V.3. Аспект дорослого соціально-сексуального життя (жодного шлюбу, вік 19–29)	5,3±0,3**	1,9±0,5
Рівень загального соціального функціонування (М±σ балів)	4,1±0,5*	2,9±0,4
Загальні показники		
1. Освіта	2,7±0,6*	1,7±0,5
2. Зайнятість і школа під час періоду 6 місяців – 3 роки перед початком першого епізоду	2,2±0,3**	0,8±0,2
3. Зміни на роботі або у шкільній успішності у період від одного року до 6 місяців до першого епізоду	5,2±0,4**	0,5±0,3
4. Робота і шкільні зміни за період від 3 років до 6 місяців перед першим епізодом	2,0±0,5	0,8±0,1
5. Встановлення незалежності	2,4±0,2	2,2±0,3
6. Глобальна оцінка найвищого рівня функціонування, досягнута суб'єктом у житті	4,4±0,3*	2,5±0,5
7. Соціально-особистісні регулятори (засновані на найбільш ранньому періоді повноцінного функціонування)	4,7±0,5*	3,1±0,4
8. Рівень інтересу в житті	3,4±0,3	3,5±0,4
9. Енергетичний рівень	4,4±0,2*	2,5±0,2

Примітка. Відмінності статистично достовірні: \* – при  $p < 0,05$ ; \*\* – при  $p < 0,01$ .

1) низький рівень товариськості й високий рівень відокремленості (діапазон товариськості: від помірно відокремленого, віддаються мріям і надмірному фантазуванню, пасивно втягуються у контакт з іншими – до відокремленого й ізольованого, уникає контактів) ((4,8±0,9) бала при  $p < 0,01$ ).

2) низький рівень взаємовідносин у підлітковому віці (їх діапазон: від випадкових знайомств, дружби тільки з

молодшими або тільки зі старшими дітьми, або тільки з родичами – до соціальної ізоляції, відсутність друзів, поверхневих взаємовідносин) ((5,2±0,4) бала при  $p < 0,05$ ).

У період 16–18 років у пацієнтів відзначали середньонизький рівень загального соціального функціонування – від 3,4 до 4,4 бала ((3,9±0,5) бала при  $p < 0,01$ ). У цьому віковому періоді головними чинниками, що знижують рівень загального соціального функціонування, були:

1) низький рівень товариськості й високий рівень відокремленості (діапазон товариськості: від помірно відокремленого, віддаються мріям і надмірному фантазуванню, пасивно втягуються у контакт з іншими – до відокремленого й ізольованого, уникає контактів) ((5,3±0,4) бала при  $p<0,01$ )).

2) низький рівень взаємовідносин у пізній юності (їх діапазон: від випадкових друзів і знайомств – до соціальної ізоляції, відсутність друзів і поверхневих взаємовідносин) ((4,5±0,5) бала при  $p<0,01$ )).

3) середньонизька шкільна адаптація у пізній юності (діапазон рівня шкільної дезадаптації: від епізодичних прогулів – до нелюбові до школи, частих прогулів і порушень дисципліни) ((3,5±0,6) бала при  $p<0,05$ )).

4) середньонизька адаптація у соціально-сексуальному житті у пізній юності (діапазон рівня дезадаптації у соціально-сексуальному житті: від інтересу до осіб тієї ж статі з обмеженою або повною відсутністю інтересу до осіб протилежної статі – до випадкових одностатевих знайомств із неадекватними спробами врегулювання відносин з протилежною статтю і випадковими знайомствами з обома статтями) ((4,1±0,7) бала при  $p<0,01$ )).

У період від 19 років до першого психотичного розладу характерним був середньонизький рівень загального соціального функціонування – від 3,6 до 4,6 бала ((4,1±0,5) бала при  $p<0,05$ )). У цьому віковому періоді головними чинниками, що знижують рівень загального соціального функціонування, були:

1) низький рівень взаємовідносин у період дорослості (їх діапазон: від випадкових знайомств і дружби тільки з молодшими або тільки зі старшими дітьми, або тільки з родичами – до соціальної ізоляції, відсутність друзів і поверхневих взаємовідносин) ((5,1±0,6) бала, при  $p<0,05$ )).

2) середньонизький рівень соціально-сексуального функціонування у дорослому житті (діапазон сексуальних взаємовідносин: від статусу в шлюбі, але тривалий час проживає окремо або розведений без повторного шлюбу – до рідкісних або випадкових сексуальних або соціальних відносин із протилежною статтю) (V.1 – (2,5±0,3) бала при  $p<0,01$ ; V.3 – (5,3±0,3) бала при  $p<0,01$ )).

Із загальних показників, що характеризують рівень соціального функціонування хворих на ПШ, необхідно виділити:

1) середню, середньоспеціальну освіти ((2,7±0,6) бала при  $p<0,05$ )).

2) зниження рівня зайнятості у період 1,5–2 років перед маніфестацією психозу ((2,2±0,3) бала при  $p<0,01$ )).

3) поступовий, складно визначений початок погіршення ефективності функціонування на роботі, ВНЗ, школі ((5,2±0,4) бала при  $p<0,01$ )).

4) зміну роботи (не більше 3-х разів) або переривання навчання у школі перед маніфестацією психозу ((2,0±0,5) бала при  $p<0,01$ )).

5) низький рівень досягнень у житті ((4,4±0,3) бала при  $p<0,05$ )).

6) відсутність в юності й протягом раннього дорослого життя справжніх друзів, наявність тільки поверхневих відносин, усамітнений спосіб життя, самота, мінімальні спроби контактів і поверхневі відносини ((4,7±0,5) бала при  $p<0,05$ )).

7) середньонизький енергетичний рівень (тенденція до покірної, пасивної реакції, уникнення життєвих проблем) ((4,4±0,2) бала при  $p<0,05$ )).

У хворих із ГППР у різні вікові періоди відзначено наступні рівні соціального функціонування:

1. У період 6–11 років – високий рівень загального соціального функціонування – від 1,5 до 2,1 бала ((1,8±0,3) бала при  $p<0,01$ )).

2. У період 12–15 років – середній рівень загального соціального функціонування – від 2,5 до 3,1 бала ((2,8±0,3) бала при  $p<0,05$ )). У цьому віковому періоді, головним чинником, що знижує рівень загального соціального функціонування, був низький рівень адаптації до школи у ранній юності (діапазон рівня шкільної дезадаптації: від епізодичних прогулів – до нелюбові до школи, частих прогулів і порушень дисципліни з викликами батьків у школу) ((4,3±0,6) бала при  $p<0,05$ )).

3. У період 16–18 років – високий рівень загального соціального функціонування – від 1,5 до 2,1 бала ((1,8±0,3) бала при  $p<0,01$ )).

4. У період від 19 років до першого психотичного розладу – середній рівень загального соціального функціонування – від 2,5 до 3,3 бала ((2,9±0,4) бала при  $p<0,05$ )). У цьому віковому періоді, головним чинником, що знижує рівень загального соціального функціонування, був низький рівень товариськості й високий рівень відокремленості (діапазон товариськості: від помірно відокремленого, віддаються мріям і надмірному фантазуванню, пасивно втягується у контакт з іншими – до відокремленого й ізольованого, уникає контактів) ((5,2±0,4) бала при  $p<0,05$ )).

5. Із загальних показників, що характеризують рівень соціального функціонування хворих із ГППР, необхідно виділити:

1) вища (незакінчена вища) освіта ((1,7±0,5) бала при  $p<0,05$ )).

2) зниження рівня зайнятості безпосередньо перед маніфестацією психозу ((0,8±0,2) бала при  $p<0,01$ )).

3) різкий (перед маніфестацією психозу) початок погіршення ефективності функціонування на роботі, у вищому навчальному закладі – ((0,5±0,3) бала, при  $p<0,01$ )).

4) постійне місце роботи, безперервне навчання у школі, у вищому навчальному закладі перед маніфестацією психозу ((0,8±0,1) бала при  $p<0,01$ )).

5) здатність до повноцінного функціонування й інтерес до деяких сфер життя, нестача успіху ((2,5±0,5) бала при  $p<0,05$ )).

6) мало випадкових друзів під час юності й протягом раннього дорослого життя ((3,1±0,4) бала при  $p<0,05$ )).

7) помірний енергетичний рівень (драйв помірний, адекватний, енергетичний, який цікавиться життям) ((2,5±0,2) бала при  $p<0,05$ )).

Динаміку рівня загального соціального функціонування хворих на ПШ та із ГППР на різних етапах життя представлено на рисунку.

Відповідно до результатів, представлених на рисунку, у хворих на ПШ у ППП в усіх вікових періодах відзначали середньонизький рівень загального соціального функціонування з поступовим незначним зниженням цього рівня за рік до маніфестації психозу:

1) 6–11 років – (3,7±0,7) бала (при  $p<0,01$ ));

2) 12–15 років – (3,8±0,5) бала (при  $p<0,05$ ));

3) 16–18 років – (3,9±0,5) бала (при  $p<0,01$ ));

4) від 19 років – (4,1±0,5) бала (при  $p<0,05$ )).

Тоді як у хворих із ГППР виявлено хвилеподібні коливання рівня загального соціального функціонування, від високого – до середнього та від середнього – до висо-

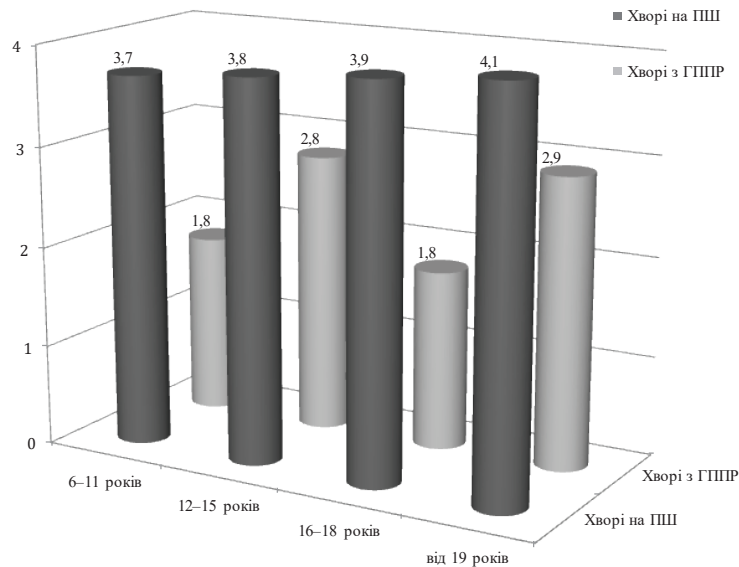


Рис. Динаміка рівня загального соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад на різних етапах його життя.

кого, при середньому рівні загального соціального функціонування за рік до маніфестації психозу:

- 1) 6–11 років – (1,8±0,3) бала (при  $p < 0,01$ );
- 2) 12–15 років – (2,8±0,3) бала (при  $p < 0,05$ );
- 3) 16–18 років – (1,8±0,3) бала (при  $p < 0,01$ );
- 4) від 19 років (2,9±0,4) бала (при  $p < 0,05$ ).

**ВИСНОВКИ** Стабільний та більш низький рівень загального соціального функціонування в усіх вікових періодах у хворих на ПШ, на відміну від пацієнтів із ГППР, свідчать про зниження адаптаційних можливостей психіки хворих на ПШ. Разом з тим, коли більш високий рівень

соціального функціонування та його хвилеподібні коливання, від високого – до середнього та від середнього – до високого, свідчать про менш виражені зміни адаптації хворих із ГППР.

**Перспективи подальших досліджень** Основні перспективи подальших досліджень, на наш погляд, полягають у розробці програм психосоціальної реабілітації хворих на ПШ, яка б дозволяла підвищити якість життя пацієнта. Тому вивчення особливостей порушень соціального функціонування пацієнтів із даною патологією з метою подальшої розробки заходів корекції є вельми перспективною на сучасному етапі.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Денисенко М. М. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии / М. М. Денисенко // Журнал психиатрии и психотерапии им. П. Б. Ганнушкина. – 2014. – № 6. – С. 19–22.
2. Живаго К. С. Проблема качества жизни больных параноидной формой шизофрении и их медико-социальная реабилитация / К. С. Живаго // Психическое здоровье в Германии и России: клиническая и исследовательская инициатива: тезисы докл. – СПб., 2013. – С. 33–34.
3. Курмышев М. В. Качество жизни больных параноидной шизофренией при амбулаторном лечении некоторыми атипичными антипсихотиками и перфеназином / М. В. Курмышев, В. Г. Тактаров // Избранные вопросы психиатрии: сборник научных работ. – М., 2014. – С. 102–103.
4. Прибытков А. А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22 (4). – С. 27–29.
5. Personal and social performance in schizophrenia: double-blind, non-inferiority study of one monthly vs oral aripiprazole / W. W. Fleischhacker, R. Sanchez, N. Jin [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 23 (2). – P. 474.
6. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis / R. E. Carrion, T. E. Goldberg, D. McLaughlin [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 168 (8). – P. 806–813.
7. Green M. F. Social cognition in schizophrenia / M. F. Green, W. P. Horan // Curr. Direct. Psychol. Sci. – 2010. – Vol. 19. – P. 243–248.
8. Fett A. K. Social cognitive impairments and psychotic symptoms: what is the nature of their association? / A. K. Fett, A. Maat // Schizophr. Bull. – 2013. – Vol. 39. – P. 77–85.
9. Personal and social performance in schizophrenia: double-blind, non-inferiority study of one monthly vs oral aripiprazole / W. W. Fleischhacker, R. Sanchez, N. Jin [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 23 (2). – P. 474.
10. Validation of an efficient quality of life index / J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu [et al.] // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg; 1999. – P. 427–428.
11. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27 (2). – P. 87–113.

Отримано 02.10.18

Електронна адреса для листування: olenavenger@gmail.com

©O. P. Venger, V. S. Bilous

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

## FEATURES OF SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA AND ACUTE POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER

**Introduction.** The World Psychiatric Association and the European Association of Psychiatrists, as the main strategy for the treatment of psychosis in general, and schizophrenia, pay particular attention to the level of social functioning and quality of life of patients with this pathology.

**The aim of the study** – to learn the characteristics of social functioning and patients with paranoid schizophrenia and acute polymorphic psychotic disorder.

**Materials and Methods.** 137 patients with the first psychotic episode were clinically examined: 1) 65 patients (2-3rd hospitalization) – diagnosed with prostate cancer (F20.0) 2) 72 patients (first hospitalization) – diagnosed with GPRR (F23.0, F23). The study of the level of social functioning in patients with PN and GPRR, at different age periods of their life, was carried out using the structured interview PAS-SI, compared with anamnesis data.

**Results and Discussion.** It was revealed that in patients with PN in SPT, in all age periods there was a medium-low level of general social functioning with a gradual slight decrease of this level a year before the manifestation of psychosis. Whereas in patients with GPRR, wavelike fluctuations in the level of general social functioning were found, from high to medium and medium to high, with an average level of general social functioning a year before the manifestation of psychosis.

**Conclusions.** A stable and lower level of general social functioning in all age periods in patients with PN, in contrast to patients with GPRR, indicates a decrease in the adaptive capacities of the psyche of patients with pancreas. At a time when a higher level of social functioning and its undulating fluctuations, from high to medium and medium to high, indicate less pronounced changes in the adaptation of patients with GPRR.

**Key words:** social functioning; paranoid schizophrenia; acute polymorphic psychotic disorder.

©Е. П. Венгер, В. С. Билоус

ГВУЗ “Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского”

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

**Резюме.** Всемирная психиатрическая ассоциация и Европейская ассоциация психиатров в качестве основной стратегии лечения психозов в целом, и шизофрении в частности, особое внимание уделяют уровню социального функционирования и качества жизни пациентов с данной патологией.

**Цель исследования** – изучить особенности социального функционирования социально-психологической адаптации пациентов с параноидной шизофренией и острым полиморфным психотическим расстройством.

**Материалы и методы.** Было клинически обследовано 137 пациентов с первым психотическим эпизодом: 1) 65 пациентов (2–3 госпитализации) – с диагнозом параноидной шизофрении (ПШ) (F20.0); 2) 72 пациента (первая госпитализация) – с диагнозом острого полиморфного психотического расстройства (ОППР) (F23.0, F23.1). Исследование уровня социального функционирования у больных ПШ и с ГППР в разные возрастные периоды жизни было проведено с помощью структурированного интервью PAS-SI, сопоставленного с данными анамнеза.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Выявлено, что у больных ПШ в продромальный период психоза (ППП) во всех возрастных периодах отмечался средненизкий уровень общего социального функционирования с постепенным незначительным снижением этого уровня за год до манифестации психоза. Тогда как у больных с ГППР обнаружены волнообразные колебания уровня общего социального функционирования, от высокого – до среднего и от среднего – к высокому, при среднем уровне общего социального функционирования за год до манифестации психоза.

**Выводы.** Стабильный и более низкий уровень общего социального функционирования во всех возрастных периодах у больных ПШ, в отличие от пациентов с ГППР, свидетельствует о снижении адаптационных возможностей психики больных ПШ. В то время, когда более высокий уровень социального функционирования и его волнообразные колебания, от высокого – до среднего от среднего – к высокому, свидетельствуют о менее выраженных изменениях адаптации больных ГППР.

**Ключевые слова:** социальное функционирование; параноидная шизофрения; острое полиморфное психотическое расстройство.