

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ПОРУШЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

Одеський національний медичний університет

Наведено результати дослідження соціального функціонування пацієнтів із постшизофренічною депресією. Підкреслено значущу роль сім'ї та внутрішньосімейних стосунків у перебігу захворювання та адаптації хворих у соціумі. Виявлено порушення за всіма показниками загальної поведінкової дисфункції, а показники у сфері виконання соціальних ролей досягали рівня очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Ключові слова: постшизофренічні депресії, дисфункції соціального функціонування, родичі хворих, якість життя, психотерапія, реабілітація, медико-соціальний супровід, психосоціальна адаптація, психосоціальна реабілітація.

За сучасними уявленнями, реєстрацію афективних порушень, зокрема депресії, у хворих на шизофренію можна вважати скоріше правилом, ніж винятком, депресивні порушення трапляються на будь-якому етапі розвитку шизофренії і при будь-якій формі її перебігу. До 60% пацієнтів, які страждають на шизофренію, переносять депресію [1, 2]. І тому зрозуміло, що в теперішній час все більш переконливим стає твердження про існування депресивного зсуву в перебігу шизофренії [3, 4]. Депресію при шизофренії розглядають як резистентний симптом, який негативно впливає на терапевтичний прогноз, підсилює суб'єктивні страждання пацієнта, сильно підвищує ризик суїциду, збільшує тривалість термінів госпіталізації і в цілому може призвести до погіршення перебігу хвороби [5–7]. Усе це, у свою чергу, суттєво збільшує вартість лікування. Наявність депресії при шизофренії вимагає корекції терапевтичних підходів.

Для вітчизняної психіатричної практики психоосвітня робота з пацієнтами та їхніми родичами є новим видом лікувально-реабілітаційного втручання. Необхідно підкреслити, що за кордоном накопичено позитивний досвід залучення сімей пацієнтів у лікувально-реабілітаційну роботу з ними (наприклад, у психіатричній практиці в Канаді) [8, 9], що значно зменшує витрати на лікування.

Таким чином, незважаючи на те, що проблема депресії при шизофренії є однією з актуальних у сучасній психіатрії, дотепер відсутній загальноприйнятий підхід як до діагностики цих станів, так і до практичних рекомендацій з оптимізації терапевтичних підходів, а для їх створення вкрай важливим стає відокремлення маркерів діагностування.

Тому метою нашого дослідження стало виявлення основних порушень соціального функціо-

нування пацієнтів із постшизофренічною депресією (ПШД).

У дослідження було включено 141 хворого на параноїдну форму шизофренії, яких було розділено на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків становили першу групу (Г1), а 73 жінки — другу (Г2). Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам етики та моралі, вимогам дотримання прав людини, особистісних інтересів усіх учасників дослідження. Хворі та їхні родичі були ознайомлені з темою, метою та методами нашого дослідження.

У дослідженні використовувалися теоретичний та статистичний аналіз, синтез наукового надбання з даної проблематики. Із зростанням інтересу до проблеми ПШД з'явилась велика кількість робіт, в яких вивчаються різні її аспекти — поширеність, генез, диференційний діагноз, лікування тощо. Оpubліковані в цих роботах дані неоднозначні й свідчать про необхідність подальшого вивчення проблеми [1, 10, 11].

Незважаючи на чисельність робіт, присвячених зазначеним аспектам ПШД, маловивченими залишаються питання психопатології і клініки цих станів. Деякі сучасні автори вважають, що маніфест захворювання впливає на усі аспекти життя сім'ї і є тяжким психоемоційним стресом, пов'язаним із початком захворювання, втратою коротко- і довгострокових планів на майбутнє, труднощами догляду за пацієнтом, фінансовим навантаженням, зменшенням соціальної мережі, самостигматизацією [12, 13]. За даними досліджень, 50–80% осіб із психічними розладами живуть у батьківських сім'ях або у сім'ях дорослих [14]. При цьому, хоча в більшості випадків пацієнти займають у родині залежне становище, а стосунки з родичами нерідко є досить складними, сім'я, надаючи підтримку хворим, значною мірою маскує їх

неспроможність. У сучасній моделі психіатричної допомоги сім'я пацієнта посідає більш значуще місце. З'являється розуміння того, що сім'я як найближче оточення хворого здатна чинити на нього істотний терапевтичний вплив [14, 15].

Сім'я для пацієнта з психічним розладом є багатофункціональним адаптаційним фактором. Внутрішньосімейні чинники можуть як негативно впливати при неправильному сприйнятті хвороби пацієнтом і родичами хворого, що сприяє черговому рецидиву, так і чинити сануючий вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні вимог, які висуває оточення індивідууму, що позитивно позначається на адаптації пацієнта [2, 10, 14]. Дослідження показують, що пацієнти, які отримують підтримку від сім'ї, достовірно відрізняються більш високими показниками матеріально-побутового забезпечення, якості життя, інформованості про своє захворювання [9, 10].

У рецидиві захворювання і соціальному функціонуванні хворих на шизофренію істотну роль відіграють внутрішньосімейні фактори: неправильне сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних патернів їхньої поведінки щодо хворого; відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме із захворюванням, призводять до його подовження, а після виписки зі стаціонару — до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії, а іноді до дисциплінарних заходів щодо хворого, що сприяє виникненню у нього чергового рецидиву [6, 16].

Для самотніх хворих характерним є дефіцит соціальних відносин і незадоволеність ними, низький рівень матеріально-побутових умов та якості життя, недостатність інформованості щодо свого захворювання [17].

Дослідниками встановлено три рівні адаптації хворих на шизофренію: I — різко знижений,

II — знижений і III — задовільний. Із підвищенням рівня адаптації спостерігається тенденція до статистично значущого поліпшення показників соціального функціонування та якості життя у пацієнтів порівнюваних груп: розширення комунікативних зв'язків, поліпшення денної активності, ступеня зайнятості домашнім господарством, більшої задоволеності життям у цілому, зміни трудового статусу [14, 19].

Більшість сімей хворих готові брати участь у лікувально-реабілітаційному процесі. При детальному дослідженні виявлено обмеження їхніх економічних можливостей, дефіцит інформованості про психічне захворювання, методи і форми лікування, що істотно обмежує можливості родичів у реалізації їхнього реабілітаційного потенціалу [1, 2, 8, 11].

Виявлення найбільш актуальних проблем у хворих та їхніх родичів є механізмом зворотного зв'язку — необхідним елементом сучасної системи управління і визначення пріоритетних напрямів організації сімейної реабілітації [6, 10].

У результаті проведення дослідження було встановлено клініко-психопатологічні ознаки, характерні для осіб, що страждають на ПШД. Розглянуто сімейний стан та матеріальний статок сімей, ступінь адаптації, а також виявлено певні особливості соціального функціонування пацієнтів (табл. 1–4).

В обстежуваного контингенту не було пацієнтів без порушень соціального функціонування, так само, як і з максимальним рівнем дисфункції. Переважна більшість осіб обох груп мала очевидну серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма показниками загальної поведінкової дисфункції та виконанням соціальних ролей, при цьому рівень соціального функціонування в Г1 був достовірно вищим порівняно з Г2 за показниками: «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та

Таблиця 1

Сімейний стан обстежених

Сімейний стан	Г1, n = 68		Г2, n = 73	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Неодружені	22	32,35	13	17,81
Цивільний шлюб	11	16,18	23	31,51
Одружені, проживають разом	15	22,06	19	26,03
Одружені, але проживають окремо	3	4,41	8	10,96
Розлучені	17	25,00	10	13,69

Примітка. $p \leq 0,05$. Те саме в табл. 3, 4.

Таблиця 2

Рівень матеріального достатку

Рівень достатку	Г1, n = 68		Г2, n = 73	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Межа бідності	23	33,83	16	21,92
Статки нижче середнього	37	54,41	36	49,32
Середній статок	8	11,76	19	26,03
Статки вище середнього	0	0,00	2	2,73

Результати дослідження соціального функціонування пацієнтів (%)

Дисфункція	Рівень вираженості у Г1 (n = 68) / Г2 (n = 73)			
	1	2	3	4
<i>Загальна поведінкова дисфункція</i>				
Самообслуговування	2,94/6,85	63,24/69,86	33,82/23,29	
Інтереси та зайнятість	0,00/2,74	55,88/61,64	42,65/32,88	1,47/2,74
Діяльність в родині та в побуті	1,47/4,11	61,77/68,49	36,76/26,03	0,00/1,37
Спілкування та ізоляція	0,00/1,37	41,17/52,05	52,95/39,73	5,88/6,85
<i>Виконання соціальних ролей</i>				
Участь у домашніх справах	2,94/8,22	41,17/63,01	47,07/28,77	8,82/0,00
Сімейна роль	1,47/4,11	50,00/69,86	32,35/23,29	16,18/2,74
Шлюбна роль	2,94/10,96	29,41/67,12	44,12/17,81	23,53/4,11
Батьківська роль	0,00/5,48	22,06/53,42	51,47/34,25	26,47/6,85
Соціальні контакти	4,41/8,22	41,17/54,79	41,17/27,40	13,25/9,59
Професійна роль	0,00/1,37	22,06/23,29	36,77/35,62	41,17/39,72
Зацікавленість і поінформованість	0,00/4,11	48,53/57,53	39,71/30,14	11,76/8,22
Поведінка в нестандартних і складних ситуаціях	1,47/1,37	60,29/64,38	29,41/28,77	8,83/5,48

Примітка. 1 — мінімальна дисфункція; 2 — очевидна дисфункція; 3 — серйозна дисфункція; 4 — дуже серйозна дисфункція.

ізоляція», «участь у домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» (різниця між групами достовірна, $p \leq 0,05$). Рівень мінімальної дисфункції виявлявся в Г1 та Г2 здебільшого щодо загальної поведінкової дисфункції; показники у сфері виконання соціальних ролей були у площині очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункцій.

У рамках дослідження рівня соціалізації за шкалою BOO3 Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) [18] було встановлено загальний ступінь адаптації обстежених обох груп (табл. 4).

Таблиця 4

Ступінь адаптації обстежених у групах 1 (n = 68) / 2 (n = 73)

Ступінь адаптації	Абс. ч.	%
Відмінна або дуже добра	0/0	0,00/0,00
Хороша	0/4	0,00/5,48
Задовільна	22/35	32,35/47,94
Погана	27/21	39,71/28,77
Дуже погана	19/13	27,94/17,81

Хороша та задовільна адаптація достовірно більшою мірою була характерна для пацієнтів Г1 порівняно з хворими Г2 (19,73 і 6,90% відповідно, $p \leq 0,05$). Загалом дезадаптивні прояви різного

ступеня відзначались у 80,27% пацієнтів Г1 та 93,10% хворих Г2. Дуже погана адаптація достовірно частіше спостерігалася у групі пацієнтів із помірним ступенем когнітивних порушень при деменції ($p \leq 0,05$).

Отже, хворі обстежених груп, крім лікування, потребують реабілітаційних заходів, спрямованих на соціально-трудова адаптацію з постійним підбором для них адекватної трудової і професійної діяльності [11, 13, 16]. Багато соціореабілітаційних заходів, які застосовуються як підтримуюча терапія у хворих із безперервно-прогресивною формою параноїдної шизофренії, використовуються і при її нападоподібно-прогресивних шубоподібних формах. Цим хворим поряд із підтримуючою психофармакотерапією рекомендовані окупаційна та арт-терапія [4, 7, 12, 15].

Для відновлення сімейного, побутового і професійного статусу психічнохворих, а також підтримки пацієнтів, які втратили соціальні зв'язки, житло, навички незалежного проживання, лікувально-реабілітаційна допомога повинна проводитися у формі «житла під захистом».

Із метою ресоціалізації та реадaptaції пацієнтів із тривалими термінами госпіталізації, профілактики частих рецидивів захворювання треба починати надавати психосоціальну допомогу та реабілітацію в умовах лікувально-реабілітаційного відділення психіатричної лікарні в максимально ранні терміни. Психосоціальні втручання слід проводити при

взаємодії з амбулаторною психіатричною службою. У роботі доцільно використовувати бригадний підхід за участі лікаря-психіатра, психотерапевта, психолога, соціального працівника.

Список літератури

1. *Абрамов В. А.* Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина // Таврический журн. психиатрии.— 2007.— Т. 11, № 3 (40).— С. 24–29.
2. *Плевачук О. Ю.* Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. / О. Ю. Плевачук; ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України.— Харків, 2011.— С. 14–18.
3. *Березанцев А. Ю.* Гендер, комплаєнс и качество жизни больных шизофренией / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Рос. психиатрический журн.— 2009.— Т. 1.— С. 24–32.
4. *Вербенко В. А.* Психопатологія та лікування лікарсько-індукованих рухових розладів при шизофренії / В. А. Вербенко, О. В. Плотнікова // Укр. вісн. психоневрології.— 2011.— № 4 (69).— С. 60–65.
5. *Дзюба О. М.* До проблеми діагностики кореляційних зв'язків між легкими когнітивними розладами у осіб середнього віку / О. М. Дзюба, О. С. Орлова // Архів психіатрії.— 2013.— № 3.— С. 89.
6. *Кожина А. М.* Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией / А. М. Кожина, В. И. Коростий, Е. И. Сухоиванова // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, № 2 (79).— С. 83–85.
7. Психіатрія: навч. посіб.— Харків: Оберіг, 2013.— 568 с.
8. *Ряполова Т. Л.* Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т. Л. Ряполова.— Харків, 2010.— 32 с.
9. *Jeong H. G.* Long-acting Injectable Antipsychotics in Firstepisode Schizophrenia / H. G. Jeong, M. S. Lee // Clin. Psychopharmacol. Neurosci.— 2013.— Vol. 11.— P. 1–6.
10. Професійний діагноз як складова багатоосового психологічного діагнозу при параноїдній шизофренії // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: зб. наук. пр.— Рівне: РГДУ, 2007.— Вип. 37.— С. 154–157.
11. *Прощенко И. В.* Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты): автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук; спец. 14.00.18 / И. В. Прощенко.— М., 2008.
12. *Гаррабе Ж.* История шизофрении / Ж. Гаррабе.— М., СПб.: Б. и., 2000.— 185 с.
13. *Жариков Н. М.* Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н. М. Жариков, Е. Д. Соколова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1989.— № 5.— С. 63–66.
14. Сімейний діагноз як частина соціальної складової психологічного діагнозу при параноїдній шизофренії // Психічне здоров'я.— 2006.— № 4 (13).— С. 61–67.
15. *Савин А. А.* Методы психосоциального вмешательства в системе ранней реабилитации больных с первым психотическим эпизодом / А. А. Савин // Медицинская психология в России.— 2011.— № 3.— 156 с.
16. *Друсс И.* Эффективность психосоциальной реабилитации / И. Друсс // Социальная и клиническая психиатрия.— 2005.— № 1.— С. 100–104.
17. *Boulidoires T.* Pain as a symptom of depression in the elderly / T. Boulidoires, C. Jacolot // Article in French. Soins Gerontol.— 2011.— № 91.— P. 8–35.
18. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
19. *Nijeboer A.* Een man tegen de Staat / A. Nijeboer.— Breda: Papieren Tijger, 2016.— P. 124–126.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

К. О. СТАХАНОВ

Приведены результаты исследования социального функционирования пациентов с постшизофренической депрессией. Подчеркнута значимая роль семьи и внутрисемейных отношений в течении заболевания и адаптации больных в социуме. Выявлены нарушения по всем показателям общей поведенческой дисфункции, а показатели в сфере выполнения социальных ролей достигали уровня очевидной, серьезной и очень серьезной дисфункции.

Ключевые слова: постшизофренические депрессии, дисфункции социального функционирования, родственники больных, качество жизни, психотерапия, реабилитация, медико-социальное сопровождение, психосоциальная адаптация, психосоциальная реабилитация.

**INVESTIGATION OF BASIC DYSFUNCTIONS OF SOCIAL FUNCTIONING
IN PATIENTS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION**

K. O. STAKHANOV

The results of research of social functioning of the patients with post-schizophrenic depression are presented. Significant role of family and intra-family relations in the course of the disease and adaptation of patients in the society is emphasized. Disorders of all indicators of general behavioral dysfunction were detected, and indicators in the sphere of social roles reached the level of apparent, serious or very serious dysfunction.

Key words: post-schizophrenic depression, dysfunction of social functioning, relatives of patients, quality of life, psychotherapy, rehabilitation, medical and social support, psychosocial adaptation, psychosocial rehabilitation.

Надійшла 13.06.2017