

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

Стаханов К.О.

*асистент кафедри психіатрії, наркології,
психології та соціальної допомоги
Одеського національного медичного університету
м. Одеса, Україна*

FEATURES OF ADAPTATION AND SOCIAL FUNCTIONING OF PERSONS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

Stakhanov K.

*Assistant of the Department of psychiatry,
narcology, psychology social assistance to ONMedU*

Анотація

Автором розкриті проблеми виявлення постшизофренічної депресій, підкреслена значима роль сім'ї та внутрішньо-сімейних стосунків на перебіг захворювання та їх адаптацію у соціумі. За результатами дослідження виявлено проблеми адаптації та загальної поведінкової соціальної дисфункції: «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та ізоляція», «участь в домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» (різниця достовірна ($p \leq 0,05$)). Рівень мінімальних соціальних порушень виявлено здебільшого, стосовно загальної поведінкової дисфункції, а показники у сфері виконання соціальних ролей здебільшого знаходились в площині очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Abstract

The author discloses the problems of post-schizophrenic depression detection, emphasizes the significant role of family and in-family relationships in the course of the disease and their adaptation in society. The results of the study revealed problems of adaptation and general behavioral social dysfunction: "self-service", "interests and employment", "family and home life", "communication and isolation", "participation in home affairs", "family role", "marital role", "parental role", "social contacts", "behavior in non-standard and complex situations" (the difference is significant ($p \leq 0,05$)). The level of minimal social violations was found mostly in relation to general behavioral dysfunction, and per-

formance indicators in social roles were mostly in the area of obvious, serious or very serious dysfunction.

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

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

За останні роки інтерес до проблеми постшизофренічної депресії (ПШД) зростає з'являються роботи, в яких досліджуються різні аспекти – поширеність, генез, диференційний діагноз, лікування та ін. Дані цих робіт неоднозначні і свідчать про необхідність подальшого вивчення цієї проблеми [1, 8, 9].

Незважаючи на численність робіт, присвячених зазначеним аспектам ПШД, порівняно маловивченими залишаються питання психопатології і клініки цих станів. Деякі сучасні автори вважають, що маніфест даного захворювання впливає на всі аспекти життя сім'ї і являє собою важкий психоемоційний стрес, пов'язаний з початком захворювання, втратою короткострочкових і довгострокових планів на майбутнє, труднощами догляду за пацієнтом, фінансовим навантаженням, зменшенням соціальної мережі, самотігматизацію [3, 5]. За деякими даними, 50-80 % осіб з психічними розладами живуть в батьківських сім'ях або в сім'ях дорослих [13]. При цьому, хоча в більшості випадків пацієнти займають в сім'ї залежне становище, а відношення з родичами нерідко досить складні, сім'я, надаючи підтримку хворим, в значній мірі маскує їх неспроможність. У сучасній моделі психіатричної допомоги сім'я пацієнта займає більш значуще місце. Зростає розуміння того, що сім'я, як найближче оточення хворого, здатна чинити на нього істотний терапевтичний вплив [12, 13].

Для пацієнта з психічним розладом сім'я виступає як багатофункціональний адаптаційний фактор. Внутрішньо-сімейні чинники можуть чинити, як негативний вплив, 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 пред'являються оточенням індивідууму, що позитивно позначається на адаптації пацієнта [7, 8, 13]. Дослідження показують, що пацієнти, які отримують підтримку від сім'ї, достовірно відрізняються більш високими показниками матеріально-побутового забезпечення, якості життя, інформованості про своє захворювання [8, 15].

У рецидивуванні захворювання і соціальному функціонуванні хворих істотна роль належить внутрішньо-сімейним факторам: неправильне

сприйняття хвороби родичами може призводити до негативних паттернів їх поведінки по відношенню до хворого; відсутність розуміння членами сім'ї тієї обставини, що порушення поведінки хворого пов'язані саме з хворобою, ведуть до подовження періоду хвороби, а після виписки зі стаціонару – до передчасного припинення рекомендованої медикаментозної терапії, а іноді до дисциплінарних заходів по відношенню до хворого, що сприяє виникненню чергового рецидиву [4, 6].

Для одиноких хворих характерний дефіцит соціальних відносин і незадоволеність ними, низький рівень матеріально-побутових умов та якості життя, недостатність інформованості щодо свого захворювання [14].

Дослідниками встановлено 3 рівня адаптації хворих на шизофренію: I - різко знижений, II - знижений і III - задовільний. З підвищенням рівня адаптації спостерігається тенденція до статистично значимого 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 в цілому, зміни трудового статусу [13, 16].

Виявлення найбільш актуальних проблем хворих і родичів є механізм зворотного зв'язку – необхідний елемент сучасної системи управління і визначення пріоритетних напрямків організації сімейної реабілітації [6, 8].

В результаті проведення дослідження були встановлені клініко-психопатологічні ознаки, характерні для осіб, що страждають на ПШД. Методами дослідження були: теоретичний та статистичний аналіз, синтез наукового надбання з даної проблематики.

До участі було включено 141 хворих на параноїдну форму шизофренії. Всі обстежувані були розділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу (Г1), а 73 жінок – другу групу (Г2). Умови проведення роботи відповідали загальноприйнятим нормам етики та моралі, вимогам дотримання прав людини, особистісних інтересів всіх учасників дослідження. Хворі та їх родичі були ознайомлені з темою, метою та методами даного дослідження.

Також в рамках даного дослідження розглянуто сімейний стан та матеріальний статок сім'ї, ступінь адаптації, а також виявлено певні особливості соціального функціонування пацієнтів (таб.1-4).

Таблиця 1

Сімейний стан обстежених (n, %)

Сімейний стан	Г1 (n=68)		Г2 (n=73)	
	n	%	n	%
неодружені	22	32,35	13	17,81
громадський 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.** – різниця є достовірною між Г1 та Г2; $p \leq 0,05$.

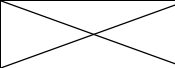
Таблиця 2

Рівень матеріального достатку (n, %)

Рівень достатку	Г1 (n=68)		Г2 (n=73)	
	n	%	n	%
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

Таблиця 3

Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів (%)

	Рівень виразності дисфункції в групах Г1(n=68)/Г2 (n=73)					
	1	2	3	4	5	6
Загальна поведінкова дисфункція						
самообслуговування	0,00/0,00	2,94/6,85	63,24/69,86	33,82/23,29		0,00/0,00
інтереси та зайнятість	0,00/0,00	0,00/2,74	55,88/61,64	42,65/32,88	1,47/2,74	0,00/0,00
діяльність в родині та у побуті	0,00/0,00	1,47/4,11	61,77/68,49	36,76/26,03	0,00/1,37	0,00/0,00
спілкування та ізоляція	0,00/0,00	0,00/1,37	41,17/52,05	52,95/39,73	5,88/6,85	0,00/0,00
Виконання соціальних ролей						
участь в домашніх справах	0,00/0,00	2,94/8,22	41,17/63,01	47,07/28,77	8,82/0,00	0,00/0,00
сімейна роль	0,00/0,00	1,47/4,11	50,00/69,86	32,35/23,29	16,18/2,74	0,00/0,00
шлюбна роль	0,00/0,00	2,94/10,96	29,41/67,12	44,12/17,81	23,53/4,11	0,00/0,00
батьківська роль	0,00/0,00	0,00/5,48	22,06/53,42	51,47/34,25	26,47/6,85	0,00/0,00
соціальні контакти	0,00/0,00	4,41/8,22	41,17/54,79	41,17/27,40	13,25/9,59	0,00/0,00
професійна роль	0,00/0,00	0,00/1,37	22,06/23,29	36,77/35,62	41,17/39,72	0,00/0,00
зацікавленість і поінформованість	0,00/0,00	0,00/4,11	48,53/57,53	39,71/30,14	11,76/8,22	0,00/0,00
поведінка в нестандартних і складних ситуаціях	0,00/0,00	1,47/1,37	60,29/64,38	29,41/28,77	8,83/5,48	0,00/0,00

Примітка: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; * – різниця достовірна ($p \leq 0,05$) (при порівнянні Г1 та Г2 у кожній колонці).

За результатами дослідження встановлено (таб. 3), що 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 у порівнянні з Г2 за показниками «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та ізоляція», «участь в 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, стосовно загальної поведінкової дисфункції; показники у сфері виконання соціальних ролей знаходились в площині очевидної, серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Також у рамках дослідження рівня соціалізації пацієнта за шкалою BOO3 Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) [11] було підраховано загальний рівень адаптації досліджуваних пацієнтів обох груп (табл. 4).

Таблиця 4

Ступінь адаптації по групах Г1(n=68)/Г2(n=73)

Ступінь адаптації	n	%
відмінна або дуже добра адаптація	0/0	0,00/0,00
хороша адаптація	0/4	0,00/5,48
задовільна адаптація	22/35	32,35/47,94
погана адаптація	27/21	39,71/28,77
дуже погана адаптація	19/13	27,94/17,81
важка дезадаптація	0/0	0,00/0,00

Примітка: * - різниця достовірна ($p \leq 0,05$).

За даними таблиці 4, хороша та задовільна адаптація характеризувала в достовірно більшому ступені пацієнтів Г1 у порівнянні з хворими Г2. (Г1– 19,73 %, Г2 – 6,90 %), ($p \leq 0,05$). Взагалі дезадаптивні прояви в різному ступені відмічались у 80,27 % пацієнтів Г1 та 93,10 % досліджених Г2. Дуже погана адаптація достовірно частіше відмічалась в групі пацієнтів з помірним ступенем когнітивних порушень при деменції ($p \leq 0,05$).

Таким чином, хворі розглянутих груп, крім лікування, потребують реабілітаційних заходів, спрямованих на соціально-трудова адаптацію з постійним підбором для них адекватної трудової і професійної діяльності [4, 5, 9]. Багато соціореабілітаційних заходів, які застосовуються в якості підтримуючої терапії у хворих з безперервно-прогресивною формою параноїдної шизофренії, використовуються і при її нападаподібно-прогресивних шубоподібних формах. Цим хворим поряд з підтримуючою психофармакотерапією можуть бути рекомендовані окупаційна терапія і арт-терапія [2, 3, 10, 12].

Отже з для відновлення сімейного, побутового і професійного статусу психічно хворих, а також підтримки пацієнтів, які втратили соціальні зв'язки, житло, навички незалежного проживання, лікувально-

реабілітаційна допомога повинна проводитися у формі «житла під захистом».

З метою ресоціалізації та реадптації пацієнтів з тривалими термінами госпіталізації, профілактики частих рецидивів захворювання, починати надавати психосоціальну допомогу та реабілітацію в умовах лікувально-реабілітаційного відділення психіатричної лікарні необхідно в максималь-но ранні терміни. Психосоціальні втручання слід проводити при взаємодії з амбулаторної психіатричної службою. У роботі необхідно використовувати бригадний підхід за участю лікаря-психіатра, психотерапевта, психолога, соціального працівника.

Література

1. Абрамов В.А. Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, И.В. Жигулина // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т. 11. – № 3 (40). – С. 24-29.

2. Вербенко В.А. Психопатологія та лікування лікарсько-індукованих рухових розладів при шизофренії / В.А. Вербенко, О.В. Плотнікова // Український вісник психоневрології. – 2011. – № 4 (69). – С. 60-65.

3. Гаррабе Ж. История шизофрении. / Ж. Гаррабе. – М., СПб.: Б.и., 2000. – 185 с.

4. Друсс И. Эффективность психосоциальной реабилитации / И. Друсс // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – №1. – С. 100-104.

5. Жариков Н.М. Влияние социальных факторов на распространенность шизофрении и ее течение / Н.М. Жариков, Е.Д. Соколова // Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. – 1989. – № 5. – С. 63-66.

6. Кожина А.М. Эффективность цикла психообразовательных занятий на госпитальном этапе лечения пациентов с шизофренией / А.М. Кожина, В.И. Коростий, Е.И. Сухоиванова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – № 2 (79). – С. 83-85.

7. Плевачук О.Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта автореф. дис. канд. мед. наук / О.Ю. Плевачук // ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України. Х., – 2011. – С. 14-18.

8. Професійний діагноз як складова багатоосьового психологічного діагнозу при параноїдній шизофренії // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праці. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 37 – Рівне: РГДУ, 2007. – 274 с. – С. 154-157.

9. Проценко И.В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты): автореф. дисс. на соиск.уч. ст. кан. мед.наук, спец. 14.00.18 / Проценко И.В. – М., 2008.

10. Психіатрія: навчальний посібник / – Харків: Оберіг, 2013. – 568 с.
11. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский // Самара. «Бахрах-М», – 2002. – 672 с.
12. Савин А.А. Методы психосоциального вмешательства в системе ранней реабилитации больных с первым психотическим эпизодом / А.А. Савин // Электронное периодическое издание (ЭПИ) «Медицинская психология в России» – Ярославль, 2011. – №3 – 156 с.
13. Сімейний діагноз як частина соціальної складової психологічного діагнозу при параноїдній шизофренії // Психічне здоров'я. – 2006. – №4 (13). – С. 61-67.
14. Bouldoires T. Pain as a symptom of depression in the elderly / T. Bouldoires, Jacolot C. // Article in French. Soins Gerontol – 2011 – № 91. – P. 8-35.
15. 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.
16. Nijeboer A. Een man tegen de Staat / A. Nijeboer // Breda: Papieren Tijger, 2016. – P. 124-126.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Оверчук В.А.

*Кандидат психологических наук, доцент
Донецкий национальный университет имени Василя Стуса,
г. Винница*

THE EMPLOYMENT OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS AS A RESULT OF SUCCESSFUL SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION

Overchuk V.

*Candidate of Psychological Sciences., docent
Vasyl` Stus Donetsk National University,
Vinnytsia*

Аннотация

В статье рассматривается роль мотивации к профессиональной деятельности, трудоустройству в процессе социально-психологической адаптации лиц с ограниченными физическими возможностями.

Abstract

This article considers a role of motivation of people with special needs to professional activity in social-psychological adaptation`s process.