

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

МАРКОВА М.В.¹ЦАРЕНКО О.М.²¹ Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України² Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2

ГОСПІТАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: КЛІНІЧНІ, ОСОБИСТІСНІ ТА СЕРЕДОВИЩНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯК ПІДҐРУНТЯ ДЛЯ РОЗРОБКИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ Й ПРОФІЛАКТИКИ

Резюме. На основі комплексного обстеження 118 пацієнтів із параноїдною шизофренією, які перебувають на примусовому лікуванні, ідентифіковані особливості формування госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування з визначенням питомої ваги та взаємозв'язків патогенної дії клініко-психопатологічних, особистісних та середовищних чинників, що стало основою для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції й профілактики.

Ключові слова: госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію.

Питання надання психіатричної та медико-психологічної допомоги спеціальним цільовим групам психічно хворих, які мають певні особливості психічного й соціального статусу, набувають сьогодні особливої актуальності [1–4].

Однією з таких груп є пацієнти, які знаходяться в умовах примусового лікування. Тривале вимушене перебування в умовах психіатричного стаціонару, примусове спільне проживання, втрата особистого життя, пасивна участь у своїй долі, відсутність будь-яких повноважень, що активують мотиваційно-когнітивні процеси, не менш деструктивно впливають на особистість пацієнта, ніж власне психічна хвороба [5]. В умовах примусового лікування відбувається формування патологічних зв'язків із навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що за

умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики сприяє виникненню та формуванню госпіталізму й дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в одноманітних умовах психіатричного стаціонару та нерациональною організацією лікарняного середовища. Між тим, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалі-

Адреса для листування з авторами:

Маркова Маріанна Владиславівна
Харківська медична академія післядипломної освіти
МОЗ України
61176, м. Харків, вул. Корчагинців, 58
mariannochka1@ukr.net

© Маркова М.В., Царенко О.М., 2013

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

зації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги [6], питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене з метою ідентифікації особливостей формування дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію, які перебувають в умовах примусового лікування, з визначенням питомої ваги та взаємозв'язків патогенної дії клініко-психопатологічних, особистісних та середовищних чинників як підґрунтя для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції і профілактики протягом 2010–2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих із посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2 нами здійснене комплексне обстеження 118 пацієнтів із діагнозом параноїдної шизофренії.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z-кодів (вісь 3) МКХ-10. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів (PANSS) [7]. Соціальне функціонування досліджувалось за допомогою блоку 3 шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), що оцінює внутрішньолікарняне функціонування пацієнта [8]. Оцінка клінічних форм госпіталізму здійснювалася за допомогою стандартизованої клінічної шкали [9], міжособистісних стосунків хворих — за однойменним питальником (розробка В. Шутца в адаптації А.А. Рукавішнікова) [10]. Визначення типу терапевтичного середовища здійснювалось за допомогою методики, розробленої Л.Ф. Шестопаловою, В.А. Кожевніковою [11]. Отже, на підставі аналізу парних та множинних кореляцій прямих та зворотних зв'язків у загальній сукупності показників залежно від тісноти їх зв'язку та ступеня впливу встановлені особливості формування та вираженості госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування (ГДПЛ), що стало основою для подальшої розробки диференційованих індивідуальних та групових заходів психосоціальної корекції й профілактики зазначеного феномену в даного контингенту.

Серед клініко-психопатологічних особливостей хворих на параноїдну шизофренію відокремлені ті, що мають патогенний вплив на розвиток ГДПЛ ($p < 0,01$). Серед позитивних синдромів це марення, підозрілість-переслідування, прояви ворожості ($p < 0,001$); серед негативних синдромів — сплюснення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення

($p < 0,001$); серед загальнопсихопатологічних синдромів: некооперативність, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності ($p < 0,001$). Позитивні синдроми збудження та підозрілість-переслідування за наслідками проявів є такими, що значно дезадаптують поведінку хворого в стаціонарі — призводять до руйнування стосунків з іншими хворими ($p < 0,001$), є перепонами для включення пацієнта в програму психосоціальної корекції, заважають її сприймати ($p < 0,001$). Вираженість негативних синдромів «пасивно-апатичний соціальний відхід» та «труднощі в абстрактному мисленні» заважають осмислювати та «розумно тлумачити» власні дії або дії соціального середовища при виконанні звичайних побутових функцій. Утруднення можливості абстрактно сприйняти інформацію ставить пацієнтів у невідне становище при функціонуванні в стаціонарі, а поглиблення дезадаптації та формування пасивно-апатичного дезадаптуючого синдрому призводить до явищ госпіталізму. Виявлено, що явище апатії при прогресивному перебігу параноїдної шизофренії значно знижує «стаціонарну активність» з відмовою пацієнтів від будь-якої діяльності ($p < 0,001$). У цілому пасивно-апатичний дезадаптуючий відхід характеризується зниженням інтересу та ініціативи у відносинах внаслідок його структурних складових, а саме: апатії, втрати енергетичного потенціалу, вольових збуджень. Така клінічна картина обумовлює негативний дрейф функціонування та побутової діяльності в стаціонарі. Встановлений вірогідний вплив контекстуальних чинників на формування дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування, що проявлялось у зниженні активності пацієнтів, погіршенні взаємовідносин з персоналом та пацієнтами, підвищенні частоти скоєння небезпечних дій у стаціонарі ($p < 0,01$).

Схема зв'язку між типом терапевтичного середовища, рівнем поведінкової дисфункції та вираженістю госпіталізму подана на рис. 1.

З даних, наведених на рис. 1, видно, що наявність пригнічуючого типу терапевтичного середовища формує в пацієнтів окремі симптоми госпіталізму або фазу синдрому, що формується. Крім того, функціонування пацієнта в пригнічуючому середовищі призводить до розвитку початкових рівнів поведінкової дисфункції, а саме мінімальної та очевидної. У свою чергу, травмуючий тип терапевтичного середовища сприяє розвитку фази формування синдрому госпіталізму до його кінцевої клінічної вираженості, а функціонування пацієнта в такому середовищі призводить до розвитку виражених рівнів поведінкової дисфункції, а саме серйозної та дуже серйозної.

На основі узагальнення даних дослідження нами виокремлені загальні та фонові чинники розвитку

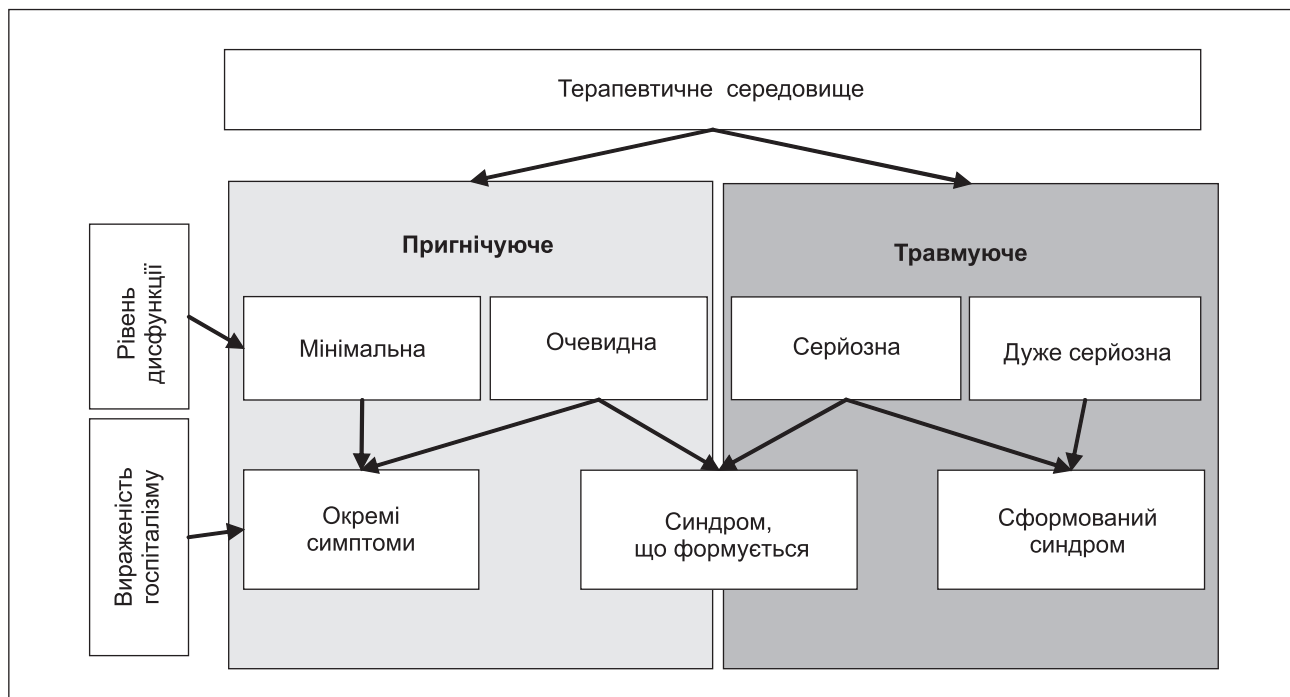


Рисунок 1. Схема зв'язку типу терапевтичного середовища, рівня поведінкової дисфункції та вираженості госпіталізму

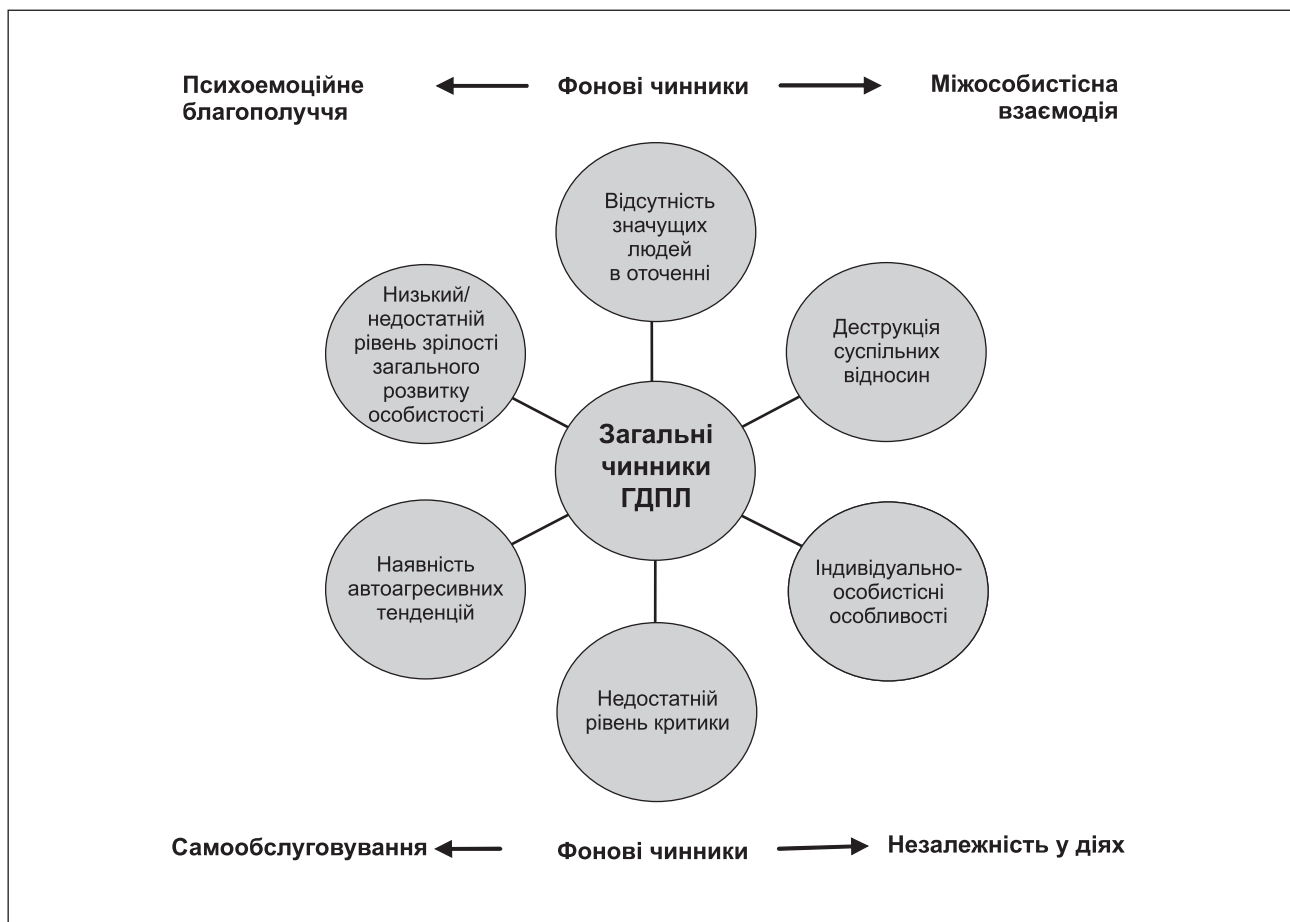


Рисунок 2. Загальні та фонові чинники розвитку госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування

ГДПЛ (рис. 2), за взаємозв'язками між якими виділено три варіанти їх відношень:

1) внутрішньо постійно індуковані — коли одні загальні чинники посилюють дію інших загальних чинників, а одні фонові чинники посилюють дію інших фонових чинників;

2) зовнішньо постійно індуковані — коли загальні чинники посилюють дію інших фонових чинників або фонові чинники посилюють дію загальних чинників;

3) змішана постійна індукція — коли одні загальні чинники посилюють дію інших загальних або фонових чинників; також коли одні фонові чинники посилюють дію інших фонових або загальних чинників.

Виходячи із встановлених відношень виокремлених чинників, досліджено коло причинно-наслідкових зв'язків ГДПЛ, що подано на рис. 3.

Із даних, наведених на рис. 3, бачимо, що в умовах примусового лікування із первинного відчуття психологічної та емоційної відторгнутості з часом формуються загально-комунікативні проблеми у хворих. До даних проблем віднесено: погіршення взаємовідносин із пацієнтами — хворі більше вільного часу проводять одноосібно, стають



Рисунок 3. Коло причинно-наслідкових зв'язків госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування

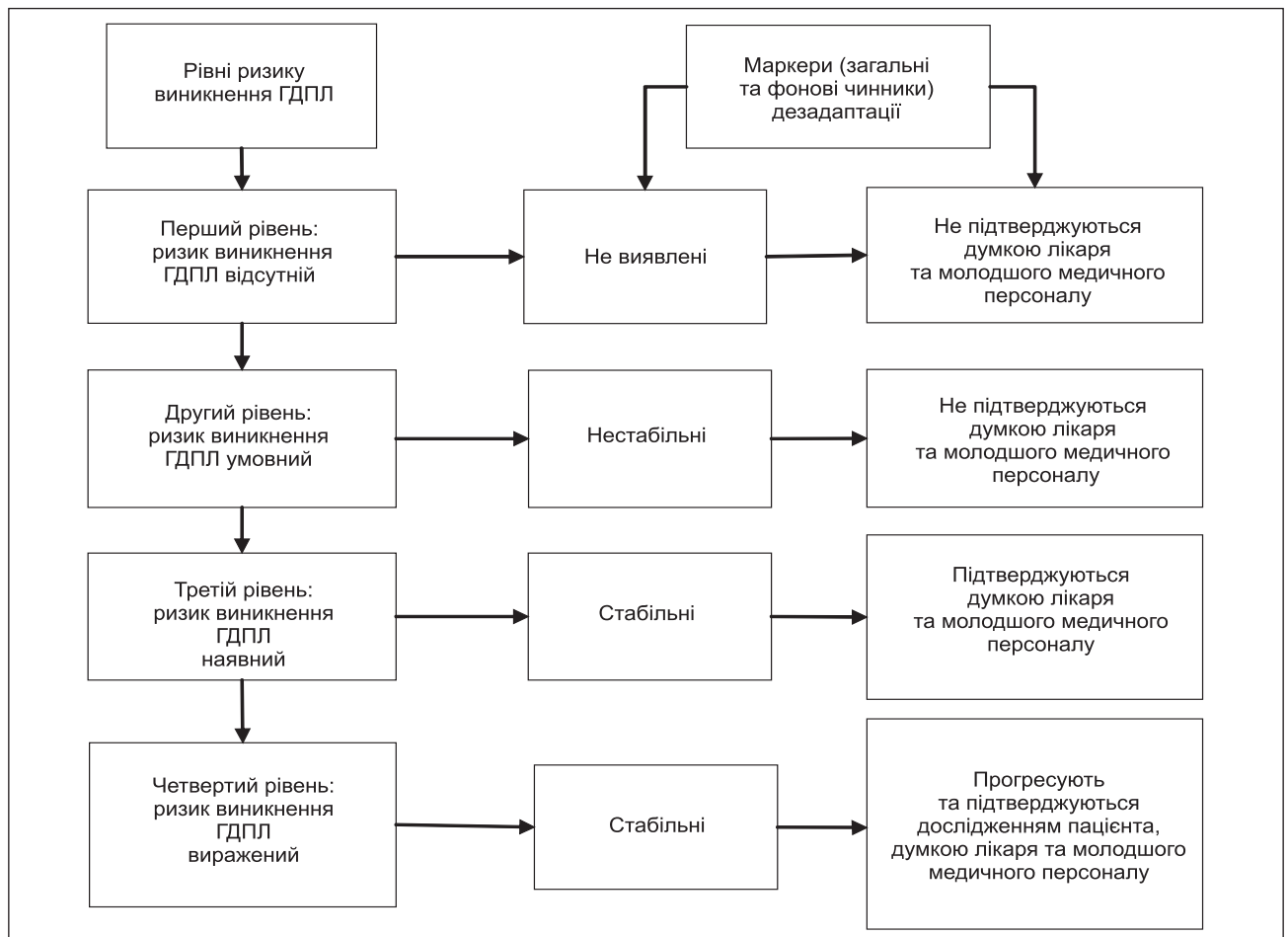


Рисунок 4. Характеристика рівнів ризику виникнення госпітальної дезадаптації хворих при примусовому лікуванні

замкнутими; погіршення стосунків із медичним персоналом — прояви невдоволеності, зайві претензії. Надалі загальнокомунікативні проблеми трансформуються в ситуаційно обумовлені проблеми з дезадаптивною/фрустраційною реакцією. Тобто з часом кількість проблем зменшується, проте їх вираженість збільшується, досягаючи клінічно окресленої фрустраційної реакції та явищ дезадаптації. На останньому етапі руйнується (значно знижується) здатність адекватного вирішення комунікативних проблем хворим. За рахунок патологічної дії загальних та фонових чинників розвитку ГДПЛ сформоване коло її причинно-наслідкових зв'язків визначає різні рівні ризику її виникнення, характеристика яких подана на рис. 4. Із рис. 4 випливає, що в цілому рівень ризику виникнення ГДПЛ посилюється паралельно з посиленням (стабілізацією) дії загальних та фонових чинників розвитку госпітальної дезадаптації. Під стабілізацією

ми розуміємо не лише постійне фіксування даного чинника, а і його вплив на розвиток дезадаптації порівняно з іншими чинниками (за рахунок аналізу тісноти кореляційних взаємозв'язків між чинниками та проявами дезадаптації). Вважаємо, що при оцінюванні ризику виникнення ГДПЛ обов'язково повинна проводитися об'єктивна оцінка за рахунок вивчення думки лікаря та середнього/молодшого медичного персоналу, а при підозрі на виникнення вираженого ризику розвитку ГДПЛ — інструментальне дослідження: шкала інвалідності WHO/DAS [8], стандартизована клінічна шкала госпіталізму [9], питальник міжособистісних стосунків [10], оцінка типу терапевтичного середовища [11].

Наступними кроками дослідження були визначення й оцінка загального госпітального статусу, структура та характеристика порушень якого наведені на рис. 5. З даних, наведених на рис. 5, видно, що структура порушень загального госпітального статусу в цілому роз-

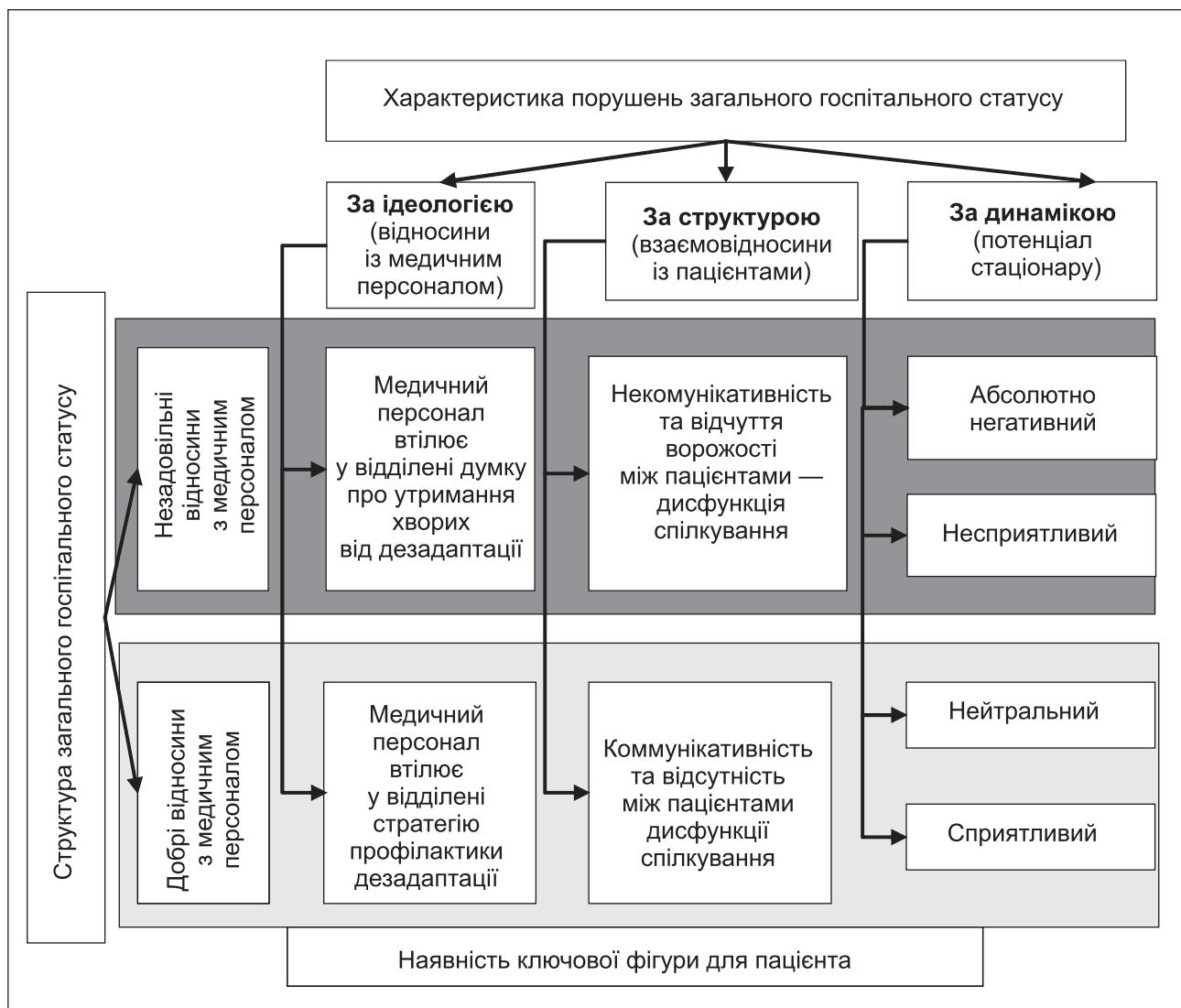


Рисунок 5. Характеристики порушень та структура загального госпітального статусу пацієнтів із параноїдною шизофренією, які перебувають в умовах примусового лікування

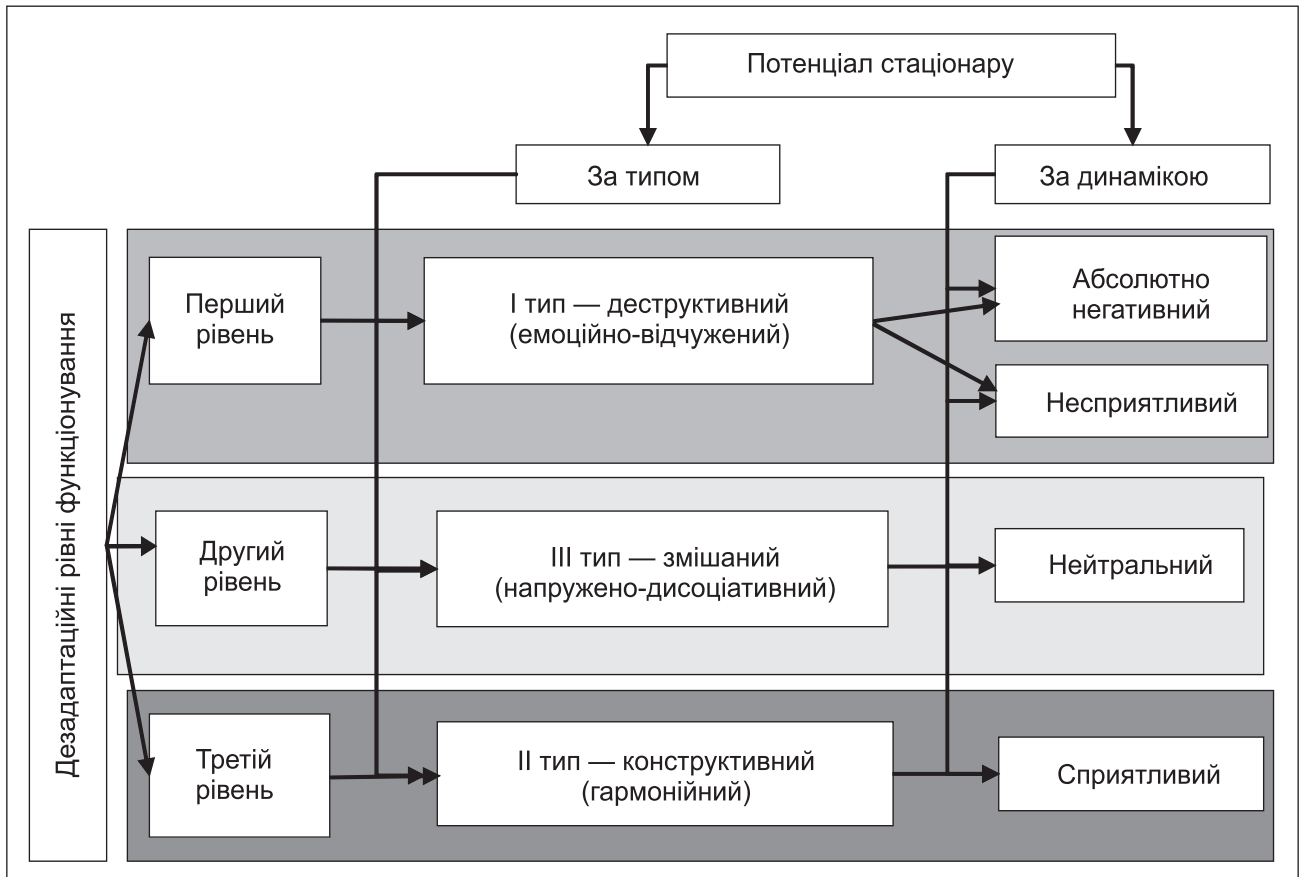


Рисунок 6. Зв'язки між дезадаптаційним рівнем функціонування пацієнта та типом «потенціалу стаціонару»

поділяється на два типи: негативний та позитивний. Як бачимо, характеристики обох типів значно різняться за стосунками між пацієнтами, ставленням у відділенні до пацієнтів із боку медичного персоналу. Проте, на наш погляд, у плані профілактики явищ ГДПЛ важливою є відсутність або наявність так званої ключової фігури для пацієнта. Саме наявність у відділенні людини, якій пацієнт може довіряти та на яку він може покладатися не лише у медичному плані щодо надання лікування, а й у плані емоційної підтримки, значно сприяє профілактиці розвитку ризику ГДПЛ. Поведінка таких пацієнтів більш упорядкована, вони не порушують режим відділення та лікувальний режим, беруть участь у життєдіяльності відділення, спілкуються з іншими пацієнтами.

При дослідженні порушення загального госпітального статусу нами було окремо вивчено зв'язок між дезадаптаційним рівнем функціонування пацієнта та типом потенціалу стаціонару (рис. 6).

З даних, наведених на рис. 6, бачимо, що взаємозв'язки між дезадаптаційним рівнем функціонування пацієнта та типом потенціалу стаціонару можна розглядати в трьох площинах щодо прогнозу курабельності ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію. Перша площина — тяжко курабельні хворі; мають деструктивний (емоційно-відчужений) тип функціонування у поєднанні із абсолютно негатив-

ним або несприятливим потенціалом стаціонару. Друга площина — курабельні хворі; мають змішаний (напружено-дисоціативний) тип функціонування в поєднанні з нейтральним «потенціалом стаціонару». Третя площина — хворі із наявністю профілактичного ресурсу щодо нівелювання явищ ГДПЛ; мають конструктивний (гармонічний) тип функціонування в поєднанні зі сприятливим потенціалом стаціонару.

У цілому у хворих на параноїдну шизофренію, які перебувають в умовах примусового лікування, виявлені прямі кореляції між загальним госпітальним статусом, потенціалом стаціонару та розвитком і прогнозом курабельності ГДПЛ. Виявлені клінічні, особистісні та середовищні закономірності формування ГДПЛ покладені в основу розробки диференційованих заходів щодо її психосоціальної корекції й профілактики.

Список літератури

1. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва, Т.В. Панько [та ін.]. — Харків, 2010. — 31 с.
2. Ряполова Т.Л. Рання реабілітація хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): Автореф. дис... д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т.Л. Ряполова. — Харків, 2010. — 32 с.

3. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. — Донецк: Каштан, 2009. — 583 с.

4. Приб Г.А. Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г.А. Приб // *Архів психіатрії*. — 2007. — № 1/2. — С. 26-33.

5. Пуятин Г.Г. Клініко-психопатологічні та патофизиологічні особливості формування госпіталізму у хворих на шизофренію та його соціо- і психотерапевтична корекція: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г.Г. Пуятин. — Харків, 2010. — 19 с.

6. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10-14.

7. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. — М., 2001. — С. 96-144.

8. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva: WHO, 1988. — 96 p.

9. Пуятин Г.Г. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г.Г. Пуятин // Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. — Донецк: Каштан, 2009. — С. 65-110.

10. Психологическая диагностика / Под ред. М.К. Акимовой и К.М. Гуревича, 3-е изд., перераб. и дополн. — СПб.: Питер, 2003. — С. 333-335.

11. Шестопалова Л.Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова // *Архів психіатрії*. — 2008. — № 1. — С. 60-63.

Отримано 09.07.13 □

Маркова М.В.¹, Царенко Е.М.²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

² Винницкая областная психиатрическая больница № 2

ГОСПИТАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ И СРЕДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Резюме. На основе комплексного обследования 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, идентифицированы особенности формирования госпитальной дезадаптации в условиях принудительного лечения с определением удельного веса и взаимосвязей патогенного действия клинико-психопатологических, личностных и средовых факторов, что стало основой для дальнейшей разработки мероприятий по ее психосоциальной коррекции и профилактике.

Ключевые слова: госпитальная дезадаптация в условиях принудительного лечения, больные параноидной шизофренией.

Markova M.V.¹, Tsarenko O.M.²

¹ Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Public Health of Ukraine

² Vinnytsya Regional Mental Hospital № 2, Vinnytsya, Ukraine

HOSPITAL DISADAPTATION IN THE CONDITIONS OF INVOLUNTARY TREATMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: CLINICAL, PERSONAL AND ENVIRONMENTAL CHARACTERISTICS AS A BASIS FOR DEVELOPING MEASURES OF PSYCHOSOCIAL CORRECTION AND PREVENTION

Summary. On the basis of a comprehensive survey of 118 patients with paranoid schizophrenia, who are on involuntary treatment, there were identified the peculiarities of forming hospital disadaptation in involuntary treatment, with the definition of specific gravity and relationship of the pathogenic action of clinical and psychopathological, personal and environmental factors that formed the basis for further development of measures of psychosocial adjustment and prevention.

Key words: hospital disadaptation in the conditions of involuntary treatment, patients with paranoid schizophrenia.