

Клініко-психопатологічні механізми та соціальне функціонування хворих на шизофренію, що обумовлюють надання примусової психіатричної допомоги



Гончар Т. О.

Гончар Т. О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Резюме. Представлені дані клінічного дослідження та соціального функціонування пацієнтів з шизофренією. Визначений синдромоутворюючий фактор, що призводить до надання хворим на параноїдну шизофренію лікування в примусовому порядку.

Ключові слова: шизофренія, психопатологія, соціальне функціонування, примусова психіатрична допомога.

Clinical and psychopathological mechanisms and social functioning of patients with schizophrenia, causing compulsory psychiatric care

Gonchar T. O.

Bogomolets National medical university

Resume. The results of the clinical trial and social functioning monitoring are presented for the patients with schizophrenia. The formative factor leading to the necessity of compulsory care is defined.

Keywords: schizophrenia, psychopathology, social functioning, compulsory psychiatric care.

Провідними напрямками сучасної психіатрії є вивчення механізмів патогенезу психічних розладів, виділення їх диференційно-діагностичних маркерів, розробка нових терапевтичних моделей, котрі збільшують період ремісії та елімінують наслідки соціальної інвалідності (Бачеріков А.М., 2007). Введення в психіатрію Закону України «Про психіатричну допомогу» запроваджує і нові підходи до надання такої допомоги, зокрема в примусовому порядку. Необхідність, організація та проведення такого заходу є найбільш складними та відповідальними завданнями для фахівців як у загальній, так і судово-психіатричній практиці (Насінник О.А., 2007, 2009; De Turk B., Van den Berg A., 2000).

Шизофренія лишається однією з центральних проблем у психіатрії на протязі тривалого періоду часу, що зумовлено не тільки високим поширенням захворювання серед загальної популяції, а й пов'язано із соціальною дезадаптацією, інвалідізацією та наданням примусової психіатричної допомоги такому контингенту хворих.

Було обстежено 155 хворих на параноїдну шизофренію, основну групу складала 80 досліджуваних, що лікувалися примусово; групу порівняння складала 75 хворих, які звернулись за психіатричною допомогою добровільно. В обох групах переважали пацієнти з ведучими галюцинаторно-параноїдним та параноїдним синдромами.

Порівняльний аналіз позитивних, негативних і загально психопатологічних симптомів

шкали PANSS підтвердив наявність когнітивних розладів в обох досліджуваних групах. Статистично достовірні відмінності між представниками основної та порівняльної груп були отримані у зниженні критичності і усвідомленні хвороби (середній бал у пацієнтів основної групи становив $6,23 \pm 0,08$ балів проти $3,32 \pm 0,07$ балів у групі порівняння, $p < 0,05$); дезорганізації мислення ($5,40 \pm 0,14$ балів проти $3,71 \pm 0,13$ балів, $p < 0,05$); порушенні абстрактного мислення ($5,2 \pm 0,14$ балів проти $3,04 \pm 0,03$ балів, $p < 0,05$); уваги ($5,56 \pm 0,12$ балів проти $3,35 \pm 0,10$ балів, $p < 0,05$); волі ($5,51 \pm 0,07$ балів проти $3,44 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$); активному соціальному відстороненні ($5,68 \pm 0,11$ балів проти $2,89 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$).

На підставі аналізу симптомів за шкалою PANSS серед позитивних симптомів, які описують поведінку, що не обумовлена і не підтверджена зовнішніми стимулами, найбільш вираженими у пацієнтів основної групи на відміну від досліджуваних порівняльної групи виявилися: маячення (середній бал $5,26 \pm 0,18$ бала проти $2,92 \pm 0,15$ балів, $p < 0,05$), галюцинації ($4,03 \pm 0,22$ бала проти $2,68 \pm 0,27$ балів, $p < 0,05$), підозрілість ($4,35 \pm 0,19$ бала проти $2,55 \pm 0,16$ балів, $p < 0,05$).

Серед негативних симптомів, які характеризують поведінкові розлади і виражають відношення до інших людей — від емоційної чутливості до вербально-комунікативних процесів, у пацієнтів обох досліджуваних груп визначено соціальне відсторонення (середній бал складав

для пацієнтів основної групи $4,49 \pm 0,16$ і відповідно для порівняльної групи — $3,75 \pm 0,14$, $p < 0,05$), емоційне відсторонення ($3,53 \pm 0,18$ бала проти $2,40 \pm 0,11$ балів, $p < 0,05$), труднощі у спілкуванні ($4,11 \pm 0,14$ бала проти $2,59 \pm 0,08$ балів, $p < 0,05$), порушення спонтанної мови ($4,60 \pm 0,12$ бала проти $3,88 \pm 0,10$ балів, $p < 0,05$).

Серед загальних психопатологічних симптомів, що обумовили порушення поведінки у досліджуваних обох груп найбільш виражений характер мали наступні: агресивність (середній бал основної групи $5,03 \pm 0,11$ проти $2,60 \pm 0,07$ у групі порівняння, $p < 0,05$), незвичний зміст думок ($5,2 \pm 0,14$ бала проти $3,04 \pm 0,03$ балів, $p < 0,05$).

Встановлено, що механізми формування розладів поведінки у хворих на шизофренію, що отримують психіатричну допомогу в примусовому порядку, в 71,25% випадків були продуктивно-психотичними, в 28,75% — негативно-особистісними. Доведено, що досліджувані основної групи в 60% випадків проявляли агресію по відношенню до рідних, в той же час ізольована агресія по відношенню до оточуючих складала 28,75%. В переважній більшості випадків (82,5%) вербальна агресія поєднувалась з фізичною; і лише в 17,5% випадків агресія була вербальною.

За даними шкали соціального функціонування WHODAS 2.0 у пацієнтів основної групи спостерігалась явна тенденція до самоізоляції. Протягом останніх місяців, що передували госпіталізації, вони підтримували обмежений діапазон соціальних контактів, активно уникали присутності інших людей, були недоступними для спілкування, зачинялися у своїй кімнаті чи йшли з дому (середній бал досліджуваних основної групи дорівнював $4,50 \pm 0,12$, $p < 0,05$). У пацієнтів групи порівняння теж мали місце деяке соціальне відсторонення та відокремленість ($2,69 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$), але значної тенденції до самоізоляції не спостерігалось.

Догляд за собою у досліджуваних основної групи здійснювався в значній мірі недостатньо: пацієнти були неохайними, виглядали як волоцюги або зовсім не звертали уваги на особисту гігієну, були брудними, вдягнутими у лахміття, виснаженими (середній бал становив $3,74 \pm 0,08$, $p < 0,05$). Порівняно з пацієнтами основної групи, хворі з групи порівняння тільки до певної міри втратили інтерес до свого зовнішнього вигляду, що знайшло своє відображення в неохайності одягу, в браку чепурності, але очевидної занедбаності не було ($2,96 \pm 0,04$ балів, $p < 0,05$).

Діяльність, пов'язана з домом для пацієнтів основної групи зводилася або до виконання рішень, які приймали інші члени сім'ї,

відстороненості від хатніх справ, або до повного виключення себе з спільного ведення домашнього господарства ($4,49 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$), тоді як група порівняння характеризується меншою, ніж очікувалось участю у домашньому господарстві, зниженням інтересу до ведення хазяйства, звуженням кордонів виконання функцій у цій сфері та певна неспроможність ($3,91 \pm 0,05$ балів, $p < 0,05$).

При вивченні сексуальної ролі встановлено, що у відносинах з іншими людьми пацієнти основної групи не демонструють ні до кого сексуальної зацікавленості, проявляючи повну байдужість до сексуальних стимулів та ворожість до протилежної статі, або мають місце невпорядковані сексуальні відношення ($4,29 \pm 0,11$ балів, $p < 0,05$). У групі порівняння пацієнти демонструють сексуальний інтерес або мають контакти, але без встановлення стосунків, навіть всупереч тому, що для цього є можливості. Наявним було очевидне зниження сексуального інтересу, або, навіть якщо такий інтерес і був присутній, не було спроб наблизитися до іншої людини ($3,21 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$). Ускладнення у міжособистісних контактах в досліджуваних основної групи проявлялися у підозрливості, ворожості.

Досліджено, що працевлаштовані пацієнти основної групи були відсутніми на роботі більшу частину часу протягом місяця, якість виконаної роботи помітно знизилась, мали місце адміністративні санкції ($4,45 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$). У досліджуваних з групи порівняння професійна роль зводилася до скарг на те, що робота тяжка, частково знизилась якість виконання та продуктивність ($3,52 \pm 0,07$ балів, $p < 0,05$). Слід зазначити, що в основній групі хворі працездатного віку, які не працювали та не навчалися, проявляли повну байдужість та надавали опір можливості отримати роботу або продовжити навчання ($4,54 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$). Для групи порівняння характерними є зниження інтересу до отримання роботи та продовження навчання, відсутність ініціативи та пасивне підкорення ($2,21 \pm 0,07$ балів, $p < 0,05$). Повна відсутність цікавості до місцевих та світових подій властива основній групі, тоді як у групі порівняння досліджувані демонструють менший інтерес до світових подій, не прикладають зусиль, щоб отримати інформацію з засобів масової інформації (відповідно $4,59 \pm 0,06$ бала проти $2,49 \pm 0,06$ балів, $p < 0,05$). Наведені дані демонструють значне зниження рівня соціального функціонування у хворих на шизофренію, які знаходяться на примусовому лікуванні.

Таким чином, аналізуючи та узагальнюючи дані результатів проведеного дослідження, можна стверджувати, що в основній групі

поєднана дія психопатологічних проявів (маячні ідеї переслідування та впливу, вербальні псевдогалюцинації з імперативним змістом, поведінкові розлади) та явних порушень у когнітивній сфері (від активаційно-енергетичних

до операційно-регуляторних) обумовлює порушення полягання мети, програмування і контроль психічної діяльності, а отже різке зниження соціальної адаптації і є синдромоутворюючим фактором примусового лікування.

Література

1. Юрьева Л.Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М. — 1990. — С.129-135.
2. Насинник О.А. Формирование критериев принудительного удержания лиц с психическими расстройствами. // «Психічне здоров'я». — 2009. — №3-4(24-25). — С.63-72.
3. Гончар Т.О. Проблема примусової госпіталізації та медико-соціальної реабілітації осіб, що страждають на тяжкі психічні розлади. // «Психічне здоров'я». — 2009. — №1(22) — С.55-58.
4. Де Тюрк Б., Ван ден Берг А. В защиту принудительного амбулаторного лечения // Вісник АПУ. — 2000. — №1. — С.45-67.
5. Gerbasi, J.B., Bonnie, R.J., & Binder, R.L. (2000). Resource document on mandatory outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 127-144.
6. Ridgely, M.S., Borum, R., & Petrilla, J. (2001). The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight states. Santa Monica: RandHealth Communications.
7. Swanson, J.W., Swartz, M.S., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 473-491.