

*А. М. Кушнір*  
**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРИХ  
 НА ШИЗОФРЕНІЮ ЯК МАРКЕРИ-МІШЕНІ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

*А. Н. Кушнір*  
**Особенности социального функционирования общественно опасных больных шизофренией  
 как маркеры-мишени их реабилитации**

*A. N. Kushmir*  
**The features of social functioning under schizophrenic patients corresponds the special public danger**

Тяжкість соціальних наслідків і ступінь адаптації хворих на шизофренію вносять істотний внесок у прогноз, як захворювання, так і протиправної поведінки таких пацієнтів, а також відіграють істотну роль у їх суспільній небезпеці.

Мета дослідження — визначити рівень дисфункції (РД) за сферами СФ у хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації (МР) суспільно небезпечних діянь (СНД) як маркери-мішені лікувально-реабілітаційних втручань.

Протягом 2011—2015 років за допомогою «Моделі оцінки соціального функціонування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами» (МОСФ), методики визначення здатності до психосоціальної адаптації (ЕАПС) обстежено 511 хворих на параноїдну шизофренію, які скоїли СНД проти життя та здоров'я особи (чоловіки, середній вік  $39,72 \pm 0,50$  роки) і внаслідок цього перебували на лікуванні у ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпропетровськ).

Більш ніж половина хворих на шизофренію, що скоїли і СНД, за рівнями СФ, здатності до психосоціальної адаптації і переважаючим типом пристосувальної поведінки мають дуже низький рівень соціального функціонування, який обмежує їхню спроможність ведення незалежного, самостійного способу життя за рахунок формування «не контрольованих» ними сфер СФ. Найбільш важливими маркерами-мішенями лікувально-реабілітаційних втручань у хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним МР СНД є інформованість та інтереси (при відносно збереженому СФ у сферах сімейно-побутових відносин і працездатності), а з негативно-особистісним — батьківська роль, емоційні відносини сімейного життя, соціально-побутова сфера загалом (за МОСФ), а також життєдіяльність та працездатність (за ЕАПС).

Значна дисфункція в усіх сферах соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на шизофренію обумовлює необхідність створення для них особливих умов та відповідного терапевтичного середовища, спрямованих на відновлення їх соціальної активності з урахуванням виявлених маркерів-мішеней лікувально-реабілітаційних втручань.

**Ключові слова:** шизофренія, соціальна функціонування, психосоціальна адаптація, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації суспільно небезпечних діянь

Тяжесть социальных последствий и степень адаптации больных шизофренией вносят существенный вклад в прогноз, как заболевания, так и противоправного поведения таких пациентов, а также играют существенную роль в их общественной опасности.

Цель исследования — установить уровень дисфункции сфер социального функционирования (СФ) больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий (ООД) как маркеры-мишени лечебно-реабилитационных воздействий.

В течение 2011—2015 гг. с помощью психодиагностических методик «Модель оценки социального функционирования пациентов с психическими и поведенческими расстройствами» (МОСФ) и методики определения способности к психосоциальной адаптации (ЕАПС) обследованы 511 больных параноидной шизофренией, которые совершили ООД против жизни и здоровья других лиц (мужчины, средний возраст  $39,72 \pm 0,50$  года) и находились на лечении в ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины» (г. Днепропетровск).

Большее половины больных шизофренией, совершивших ООД, по уровням СФ, способности к психосоциальной адаптации, а также преобладающему типу приспособительного поведения, имеют очень низкий уровень социального функционирования, ограничивающий их способность к независимому, самостоятельному образу жизни за счет формирования «не контролируемых» ими сфер СФ. Наиболее важными маркерами-мишенями лечебно-реабилитационных воздействий у больных шизофренией с продуктивно-психотическим механизмом реализации ООД являются информированность и интересы (при относительной сохранности СФ в сферах семейно-бытовых отношений и трудоспособности), а с негативно-личностным — родительская роль, эмоциональные отношения супружеской жизни, социально-бытовая сфера в целом (по МОСФ), а также жизнедеятельность и трудоспособность (по ЕАПС).

Серьезная дисфункция во всех сферах социального функционирования особо опасных больных шизофренией обуславливает необходимость создания для них особых условий и соответствующей терапевтической среды, направленных на возобновление их социальной активности с учетом выявленных маркеров-мишеней лечебно-реабилитационных воздействий.

**Ключевые слова:** шизофрения, социальное функционирование, психосоциальная адаптация, общественно опасные действия против жизни лица, механизм реализации особо опасных действий

Weight of social consequences and adaptation degree of schizophrenic patients do a substantial contribution to the prognosis both disease and wrong-doing of such patients, and also play a considerable role in their public danger.

Research aim — to define the features of social functioning that is specific for the schizophrenic patient with different mechanisms of public dangerous acts (PDA) realization as markers-targets of curatively-rehabilitation influences.

By means of psychodiagnostic methodologies (DAS adapted variant, EAPS) inspected 511 schizophrenic patients, that accomplished the PDA against person's life and health (men, middle age  $39,72 \pm 0,50$ ), received treatment in the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security of Ministry of Health of Ukraine", Dnipropetrovs'k.

More than half schizophrenic patients, that accomplished especially dangerous PDA, after the social functioning (SF), capacity for psychosocial adaptation levels and prevailing mode of adaptive behavior have very subzero psychosocial adaptation's resources. The level of their SF limiting their capacity for the independent way of life due to forming not "controlled" spheres of SF.

As the most essential markers-targets own to treatment-rehabilitation process for schizophrenic patients with the productively-psychotic mechanism of realization (MR) PDA determined the awareness and interests (at relative safety in the spheres of domestic relations and ability to work), and for patients with negatively-personality MR PDA — paternal role, wedlock emotional relations, social-domestic sphere in tote, and also vital functions and ability to work (by EAPS).

The very subzero social functioning of schizophrenic patients, that accomplished especially dangerous PDA, stipulates the necessity to creation for them special terms and corresponding therapeutic environment, sent to proceeding in their social activity due to revealed marker-targets for treatment-rehabilitation influences.

**Key words:** schizophrenia, social functioning, psychosocial adaptation, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts

Соціальні наслідки шизофренії створюють серйозні проблеми не лише для хворих та їхніх родин, а і для суспільства у цілому, зокрема завдяки скоєнню ними суспільно небезпечних діянь (СНД). Порушення соціального функціонування (СФ), що включає дестабілізацію особистісних відносин, відрив від родини, суспільства, викривлення форм діяльності, спілкування, погіршує прогноз захворювання та збільшує вірогідність формування асоціальної, протиправної поведінки.

Проблема ресоціалізації особливо суспільно небезпечних пацієнтів з шизофренією ще далека від вирішення [1]. Сьогодні основним критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних програм вважається здатність пацієнтів самостійно і незалежно реалізовувати себе у різних сферах життєдіяльності, виконувати свої соціальні ролі [2]. Тому велими актуальною є оцінка рівня дисфункції (РД) у різних сферах СФ таких осіб, що треба враховувати в процесі планування та реалізації лікувально-реабілітаційних програм, у тому числі задля підвищення рівня їх суспільної безпеки [3, 4].

Зазначене обумовило мету дослідження — визначити рівень дисфункції за сферами СФ у хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації (МР) СНД, як маркери-мішені лікувально-реабілітаційних втручань.

Дизайн дослідження: популяційне, поперечне, «серії випадків». Протягом 2011—2015 років на базі ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпропетровськ) проведено дослідження 511 хворих на параноїдну шизофренію (чоловіки, середній вік  $39,72 \pm 0,50$  роки, з переважно безперервним типом перебігу), які скоїли тяжкі і особливо тяжкі СНД (проти життя та здоров'я особи). Це — майже всі хворі (чоловічої статі), що скоїли такі СНД в нашій країні протягом останніх років. Таким чином, обстежена вибірка є практично тотожною генеральній сукупності пацієнтів цієї категорії в Україні.

За ознакою психопатологічних МР СНД було сформовано 2 групи порівняння з якісно відмінними МР СНД. До I групи увійшов 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД, а до II — 127 пацієнтів з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД. Ще 112 пацієнтів утворили групу зі змішаним МР СНД (П-П та Н-О). Однак в результаті кластерного аналізу цієї групи було встановлено, що вона, фактично, представлена двома рівними за обсягом підгрупами, члени яких, за сукупністю ознак, є майже тотожними членам груп I та II відповідно. Тому (заради досягнення максимальної методологічної чистоти) особливості СФ за його сферами розглядали на прикладі лише двох згаданих вище груп порівняння. Окрім того, 21 хворого було виведено за межі аналізу через невідповідність критеріям включення.

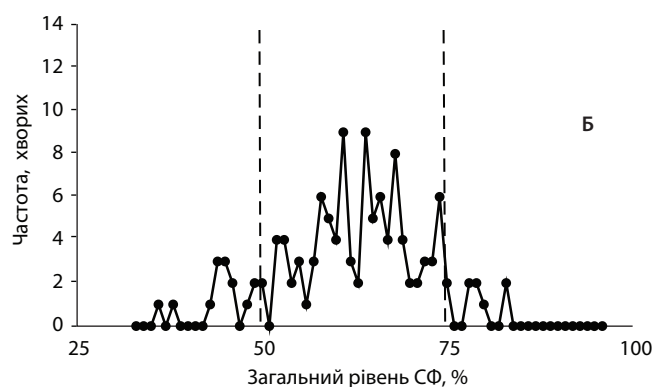
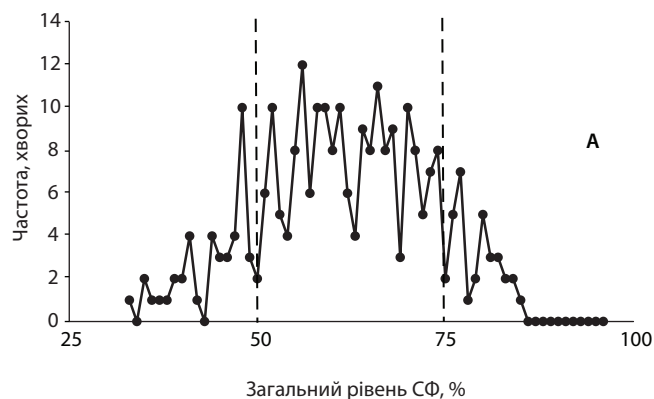
В процесі виконання цієї роботи використовували клініко-психопатологічний метод для ідентифікації МР СНД, а також «Модель оцінки соціального функціонування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами» (МОСФ), що є адаптованим варіантом DAS до роботи медико-соціальних експертних комісій України [5, 6] та методику визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS) [7]. Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз, розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) та

мір інформативності (MI) Кульбака) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 и MS Excel v.8.0.3 [8, 9].

Аналіз результатів дослідження за допомогою МОСФ дозволив оцінити загальний рівень СФ у обстежених, з диференціюванням за його основними сферами та різновидами психопатологічного механізму скоєння СНД.

Одержані розподіли (рис. «А» і «Б») переконують в тому, що пацієнтам обох груп порівняння був притаманний переважно серйозний РД СФ, що за критеріями МОСФ [5, 6] відповідав 51—75 % обмеженню життєдіяльності і передбачав наявність другої або, навіть, першої групи інвалідності внаслідок наявного психічного та поведінкового розладу.

Водночас, хворі з мінімальним РД ( $\leq 25$  % обмеження життєдіяльності) склали лише 15,54 % та 9,6 % від складу I та II груп порівняння відповідно, а максимальний РД (76—100 % обмеження життєдіяльності) спостерігали у 19,12 % та 14,40 % від складу I та II груп порівняння відповідно.



Розподіл обстежених за загальним рівнем соціального функціонування в групах з продуктивно-психотичним (А) та негативно-особистісним (Б) механізмами реалізації СНД

Середні значення показників СФ за різними його сферами наведені у табл. 1.

Як випливає з таблиці, середні значення показників за сферами СФ більшою мірою були у межах очевидного та серйозного РД. При цьому найбільш ураженою виявилася сфера соціальних відносин, при меншому значенні сфер сімейно-побутових відносин та працездатності.

Таблиця 1. Середні значення показників соціального функціонування за різними його сферами

Сфера	Розділ	Показник	Середні значення показника, бали	
			I група	II група
Сімейно-побутові відносини	Самообслуговування	Підтримання зовнішнього вигляду	3,14 ± 0,10	3,07 ± 0,13
		Дотримання особистої гігієни	3,14 ± 0,10	3,12 ± 0,14
		Ведення домашнього господарства	2,77 ± 0,08	2,87 ± 0,11
		Приготування та самостійний прийом їжі	2,82 ± 0,09	3,06 ± 0,13
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>2,97 ± 0,10*</b>	<b>3,03 ± 0,05</b>
	Сімейна роль	Участь у сімейних та домашніх справах	2,74 ± 0,08	2,85 ± 0,10
		Емоційні відносини подружнього життя	2,43 ± 0,09*	2,70 ± 0,14
		Сексуальна роль	2,34 ± 0,11	2,60 ± 0,16
		Батьківська роль	2,16 ± 0,10	2,48 ± 0,16
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>2,42 ± 0,12*</b>	<b>2,66 ± 0,08</b>
<b>У середньому за сферою функціонування</b>			<b>2,69 ± 0,27*</b>	<b>2,85 ± 0,19</b>
Соціальних відносин	Функціонування у загальносоціальному розумінні	Орієнтація	3,11 ± 0,14	2,83 ± 0,21
		Пересування та контроль над поведінкою	3,28 ± 0,10	3,01 ± 0,15
		Інформованість та інтереси	3,24 ± 0,09	3,08 ± 0,11
		Спілкування	3,16 ± 0,09	3,19 ± 0,11
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>3,20 ± 0,04*</b>	<b>3,03 ± 0,07</b>
	Соціально неприйнятна поведінка	Конфліктність	3,08 ± 0,08	3,17 ± 0,14
		Небезпечна поведінка у побуті	3,44 ± 0,12	3,26 ± 0,17
		Притягнення до адміністративної або кримінальної відповідальності	2,06 ± 0,11	1,94 ± 0,16
		Давність та важкість СНД	2,65 ± 0,09	2,70 ± 0,14
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>2,81 ± 0,30*</b>	<b>2,77 ± 0,30</b>
<b>У середньому за сферою функціонування</b>			<b>3,00 ± 0,19</b>	<b>2,90 ± 0,13</b>
Працездатності	Трудова діяльність	Зайнятість (робота або навчання)	2,75 ± 0,09	2,81 ± 0,12
		Виконання трудових або навчальних функцій	2,68 ± 0,08	2,94 ± 0,12
		Мотивація до влаштування на роботу або навчання	2,53 ± 0,07	2,69 ± 0,11
		Здатність до навчання, перенавчання	2,48 ± 0,08	2,74 ± 0,12
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>2,61 ± 0,06*</b>	<b>2,80 ± 0,05</b>
	Ступінь обмеження працездатності	Частота звернень за медичною допомогою	0,85 ± 0,11	0,82 ± 0,14
		Тривалість перебування у стаціонарі	2,42 ± 0,15	2,26 ± 0,21
		Група інвалідності	0,75 ± 0,11	0,89 ± 0,15
		Тривалість та динаміка інвалідності	1,47 ± 0,13	1,16 ± 0,17
		<b>У середньому за розділом</b>	<b>1,37 ± 0,38</b>	<b>1,28 ± 0,33</b>
<b>У середньому за сферою функціонування</b>			<b>1,99 ± 0,62</b>	<b>2,04 ± 0,76</b>

Примітки: \* — різниця достовірна при порівнянні з групою II при  $p < 0,05$ . Середні значення подано у форматі «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної» ( $M \pm m$ ). Заливкою сірого кольору позначені середні значення показників СФ, що відповідають серйозному рівню дисфункції

Отримані дані можна пояснити таким чином. В усіх сферах функціонування, що пов'язані з активною, самостійною діяльністю, ініціативою пацієнта, РД був вищим (орієнтація; пересування та контроль над поведінкою; інформованість та інтереси; спілкування). В свою чергу, самообслуговування і діяльність у сім'ї та вдома (сімейна роль) тою чи іншою мірою були під контролем родичів або інших значущих осіб. Цей контроль обумовлював більш тривале збереження навичок особистої гігієни і ведення домашнього господарства. У тих ж сферах, де хворий не «стимулювався» до ведення соціально прийняттого способу життя, РД був вищим. Зазначене підтверджується результатами соціально-демографічного дослідження. Так, більшість пацієнтів обох груп мешкали

з батьками (58,17 % I групи та 55,91 % II групи), зі статевим партнером, дітьми, іншими членами родини проживали ще 27,09 % осіб I групи і 29,92 % осіб — II-ї, а самостійно — 14,74 % осіб I групи та 14,17 % осіб II групи. При цьому обстежені з П-П МР СНД були відносно більш соціально адаптованими щодо шлюбних відносин: зі статевим партнером і дітьми вони мешкали в два рази частіше (9,96 % проти 4,72 % осіб II групи).

Підвищенню РД зокрема сприяли низький рівень комплаєнсу, формальна критичність, що обумовлювали короткочасні або неякісні ремісії, погіршували перебіг параноїдної шизофренії, а також частоту і тривалість госпіталізацій для лікування психічної патології (227 осіб, 90,44 % з середньою кількістю стаціонарного лікування

6,72 ± 0,45 рази (від 1 до 43 разів у вибірці) I групи та 116 осіб, 91,34 % з частотою госпіталізацій у середньому 6,97 ± 0,57 рази (від 1 до 35 разів) II групи) і алкоголізму та наркоманій, здебільше серед пацієнтів з Н-О МР СНД (9 осіб, 3,59 % і 12 осіб, 9,45 % відповідно,  $p < 0,05$ , з частотою від 1 до 10 разів, у середньому близько 2 разів). Найявністю останніх чинників, а також сформованого дефекту особистості хворих, ми пояснюємо високі бали обстежених за ітемами МОСФ «підтримання зовнішнього вигляду» та «дотримання особистої гігієни».

Слід зазначити, що серйозний РД за цими складовими СФ, завдяки різкому зниженню навичок щодо підтримання особистої гігієни, призводить не лише до відповідного сприйняття таких пацієнтів (через їх неохайність) оточуючими, а і до прямої загрози їх здоров'ю внаслідок інфекцій, педикульозу, шкірних захворювань і т. ін. А максимальний РД — ставить під загрозу сам факт фізичного існування хворого за умов місячної відсутності турботи про нього.

Загалом очевидний і серйозний РД за сферою самообслуговування свідчив про необхідність спонукання обстежених щодо дотримання навичок особистої гігієни на тлі різко звуженого їх обсягу; нехтування веденням домашнього господарства або формальне виконання таких обов'язків через неспроможність їх належної реалізації; потребу у нагляді за регулярністю приготування і прийомом їжі, а також необхідність спостереження за станом фізичного здоров'я таких пацієнтів і надання їм медичної допомоги з боку відповідних працівників (переважно лікарів загальної практики — сімейної медицини). Отримані дані свідчать про таку потребу різного ступеня виразності (від помірної до дуже сильної) у 80,48 % осіб I групи (серед них необхідність вказаної медичної допомоги була значною у 122 осіб, 48,61 %) та у 75,59 % — II-ї (значну потребу виявлено у 43 осіб, 25,10 %). При цьому частка досліджуваних з П-П МР СНД, які внаслідок РД у сфері самообслуговування значно потребували зазначеної медичної допомоги, була в 1,2 рази достовірно вищою,  $p = 0,012$ , також як і кількість хворих з Н-О МР СНД, які мали помірну або незначну необхідність ( $p = 0,019$ ,  $p = 0,026$ ). Ці відомості побічно вказують на гірше функціонування пацієнтів I групи у сфері СФ, що аналізується.

Очевидний РД, що стосувався сімейної ролі пацієнтів (цей показник оцінювали за даними обстеження серед тих хворих, хто не проживав самостійно, мав статевого партнера, дітей), призводив до зниження участі у щоденних обов'язках, невірного, хибного їх виконання, відсутності спроможності щодо прийняття рішень; «холодності», «бездушності», відсутності емоційної близькості з рідними; неспроможності виховання дітей без сторонньої допомоги або відсутності потреби у спілкуванні з ними, поодиноких зустрічей; зниження сексуальної зацікавленості і ініціативи, нехтування потребами та почуттями статевого партнера.

Треба вказати, що в обстежених з П-П МР СНД такі показники СФ як «емоційні відносини подружнього життя» та «батьківська роль» були кращими у порівнянні з хворими з Н-О МР СНД ( $p < 0,05$ ), але все ж були в межах очевидного РД. Це додатково свідчить про більш сприятливий прогноз функціонування пацієнтів I групи за умов проведення адекватних лікувальних та реабілітаційних заходів.

Як зазначалося, найбільший РД обстежених зареєстровано у сфері соціальних відносин. Величини середніх показників за цією сферою свідчили про серйозний РД,

а забезпечення СФ хворих потребувало залучення офіційних організацій (соціальних, юридичних).

Епізоди втрати контролю над власною поведінкою, що мали тенденцію до повторювання, призводили до конфліктної, агресивної, неправильної (незрозумілої для оточення) поведінки. При цьому рівень таких конфліктів потребував втручання соціальних і юридичних установ для їх вирішення.

За нашою оцінкою, необхідність консультування і надання допомоги пацієнтам за сімейними і соціальними проблемами була значною та достовірно більш високою у пацієнтів з П-П МР СНД (86 осіб, 34,26 % проти 34 осіб, 26,77 % II групи,  $p = 0,032$ ). Дуже сильна потреба у вказаній допомозі виявлена у 17 (6,77 %) осіб I групи та 8 (6,30 %) осіб II групи, помірна — близько у третини обстежених (75 осіб, 29,88 % та 41 особа, 32,28 %, відповідно). Інші пацієнти за своїм психопатологічним станом та рівнем СФ практично не потребували її.

Потреба у консультуванні і допомозі з юридичних питань (з нашої точки зору) встановлена у 182 осіб (72,51 %) I групи та 86 осіб (67,72 %) — II-ї. З них помірна та значна потреба у вказаній допомозі достовірно частіше існувала у хворих з П-П МР СНД (21,12 % і 28,25 %,  $p = 0,03$ ; 36,65 % і 18,90 %,  $p = 0,0001$ , осіб I та II групи, відповідно).

Незважаючи на формалізм в усвідомленні власного психічного стану і кримінального вчинку, а також порушення самосвідомості, практично половина обстежених (53,78 % осіб I групи, 40,94 % осіб II групи) прагнули отримати юридичну допомогу у помірній, значній та дуже сильній мірі. Серед тих, хто вказував на її значну необхідність достовірно частіше були хворі з П-П МР СНД (24,70 % осіб проти 10,24 % осіб II групи,  $p = 0,0003$ ), а відмовлялися від неї здебільшого пацієнти з Н-О МР СНД (36,22 % осіб проти 23,51 % осіб I групи,  $p = 0,0034$ ).

Близько 75 % обстежених заперечували необхідність допомоги щодо сімейних проблем і проблем спілкування за межами родини, що можна пояснити їх формальною критикою, емоційно-вольовими порушеннями та нейркокогнітивним дефіцитом. Таке ставлення пацієнтів свідчить про необхідність включення до лікувально-реабілітаційного процесу спеціальних заходів, скерованих на мотивування і заохочення міжособистісних взаємин, а поява у них інтересу та ініціативи щодо покращання сімейних відносин є непрямою ознакою поліпшення психічного стану.

Наступними напрямками реабілітаційної роботи є заходи щодо стимулювання рівня інформованості, формування відповідних інтересів, спілкування, що у даного контингенту хворих є досить обмеженими. Так, пацієнти слабо орієнтувалися у загальновідомих подіях, хоча за прицільного опитування демонстрували деяку обізнаність. Дані обстеження свідчили про відсутність потреби у читанні преси, перегляду телевізійних програм, спілкуванні. Останнє було зведено до мінімуму: близько третини обстежених до госпіталізації (37,45 % осіб з П-П МР СНД та 26,77 % осіб з Н-О МР СНД) вважали за краще знаходитись наодинці — лежати в ліжку. Найбільш обидним способом проводити денний час в умовах застосування примусових заходів медичного характеру було перебування в палаті (47,01 % та 36,22 % осіб — здебільше серед хворих з П-П МР СНД при  $p = 0,0119$ ).

З іншого боку, прагнення мікрооточення до контролю за такою поведінкою пацієнтів призводило до контрольованого спілкування або його обмеження, що додатково, поряд з дезадаптующим впливом основного захворювання (зокрема дефектом у спроможності побудови

повноцінних соціальних зв'язків внаслідок емоційно-вольових розладів, нейрокогнітивного дефіциту), вело до втрати інтересів, ізоляції, зниження навичок незалежної поведінки, рентних настанов. Вказане є підставою для проведення роз'яснювальної, корекційної роботи у тому числі з родичами хворих.

В обстежених обох груп встановлені значні порушення ауто- і алопсихічної орієнтовки, що обумовлювало різке обмеження їх мобільності (відповідала межах квартири, двору, палати), а також періодичну необхідність сторонньої допомоги. Ці порушення, інші прояви основного захворювання обумовлювали зниження активності, що супроводжувалось малозрозумілими діями, такими як, наприклад, відсторонене споглядання за окремими подіями в їх оточенні.

Розлади поведінки пацієнтів не обмежувалися агресивними поведінкою та висловлюваннями. Їхня небезпека у побуті визначалась також недостатніми або небезпечними навичками використання електрики, газу, води тощо, що потребувало відповідного нагляду з боку їх співмешканців. Наведене лягає підґрунтям для включення у реабілітаційний процес заходів, що забезпечують підвищення активності хворих, стале формування у них побутових навичок з безпечним використанням енергосилої, інших витратних побутових матеріалів.

Низький РД за пунктом МОСФ «притягнення до адміністративної або кримінальної відповідальності» обумовлений тим, що значна частка обстежених, здебільше з П-П МР СНД (72,91 % та 51,97 % осіб, відповідно  $p = 0,00001$ ) до вчинення СНД не мала кримінального досвіду.

В свою чергу, показник МОСФ «давність та важкість СНД» за рекомендаціями автора має дві складових, і якщо за важкістю СНД РД треба оцінювати як максимальний, то середня тривалість теперішньої госпіталізації ( $46,32 \pm 1,98$  міс. серед пацієнтів I групи та  $49,75 \pm 2,38$  міс. серед осіб II групи) нівелювала його до рівня очевидної дисфункції.

Важливим компонентом лікувально-реабілітаційного процесу хворих на шизофренію, які скоїли особливо тяжкі СНД, є стимулювання соціально сприйнятливої поведінки, зокрема залучення до терапії працею. Враховуючи соматичний і психічний статус обстежених, такого залучення «сильно потребували» 14 (5,58 %) осіб I групи і 7 (5,51 %) осіб II групи, «значно» — 53 (21,12 %) та 24 (18,90 %) осіб відповідно, «помірно» — 106 (42,23 %) і 53 (41,73 %) осіб відповідно, «незначно» — 47 (20,00 %) та 20 (15,75 %) осіб відповідно. Відсутність показань до такої терапії була достовірно в 2 рази вищою у пацієнтів з Н-О МР СНД (23 (18,11 %) осіб проти 25 (9,96 %) осіб I групи,  $p = 0,0111$ ).

Під час вирішення питання щодо необхідності залучення пацієнта до працетерапії нами був врахований РД обстежених за сферою працездатності, середній бал якого був на рівні очевидного браку функціонування.

Аналізуючи СФ хворих за показником «зайнятність», враховували бажання працювати та спроби працевлаштування за останні 5 років до поточної госпіталізації, що мали формальний характер. Проблеми з працевлаштуванням, що тривали у середньому протягом двох років ( $761,79 \pm 65,31$  днів серед хворих I групи  $644,41 \pm 80,87$  днів серед пацієнтів II групи), відмічено практично в усіх обстежених обох груп (99,20 % та 99,21 % осіб, відповідно).

Байдужість до цих питань або незначна стурбованість ними встановлено у більшості обстежених, переважно у хворих з Н-О МР СНД (79,52 % осіб проти 68,53 % осіб I групи,  $p = 0,0212$ ). В свою чергу, пацієнти з П-П МР СНД

різною мірою (помірно, значно, сильно) були більш стурбованими проблемами з працевлаштуванням ( $p = 0,02$ ).

«Виконання трудових або навчальних функцій» у обстежених також було різко обмеженим, що підтверджувалось наявністю серед них значної кількості інвалідів (здебільше серед хворих II групи, 40,94 % проти 35,06 % осіб I групи,  $p = 0,0479$ ), безробітних (23,11 % та 18,11 % осіб, відповідно), таких, що тривало перебували в умовах ув'язнення або застосування примусових заходів медичного характеру (частіше це були пацієнти з Н-О МР СНД, 10,24 % проти 5,18 % осіб I групи,  $p = 0,0328$ ). Неповну зайнятість (почасова оплата або епізодична праця) реєстрували у 18,32 % осіб I групи та 18,11 % осіб — II-ї.

«Мотивацію до влаштування на роботу або навчання» аналізували зокрема шляхом оцінювання прагнення отримувати лікувально-трудова терапію на момент огляду. Його висловлювали здебільше обстежені з П-П МР СНД (47,40 % осіб проти 29,13 % осіб II групи,  $p = 0,028$ ), на відміну від хворих II групи, 69,30 % які не вважали її за необхідну (проти 51,79 % осіб I групи, що мали таку ж думку) ( $p = 0,02$ ).

Слід зазначити, що у більшості випадків низька мотивація до терапії працею, обмеження можливості виконання трудових обов'язків сполучалися з лімітованою здатністю до навчання та перенавчання, що потребує розроблення спеціалізованих, адаптованих до можливостей хворих реабілітаційних програм.

Доречно вказати, що значення середніх величин показників блоку «Ступінь обмеження працездатності» МОСФ відповідали мінімальному РД через урахування нами, по перше, кількості госпіталізацій переважно за соматичною патологією (39,04 % осіб I групи та 38,58 % осіб II групи), тому що тривалість лікування у стаціонарних умовах у зв'язку з психічним захворюванням аналізували вище, а також відсутність необхідності перегляду групи інвалідності за психічною патологією (психічний стан більшості пацієнтів відповідав встановленій групі інвалідності).

Отримані дані підтверджуються величинами середніх балів за методикою EAPS по групах, а саме: дуже низька здатність до психосоціальної адаптації ( $33,69 \pm 0,70$  та  $35,75 \pm 1,09$  бали в I та II групах відповідно).

Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних показників СФ підтвердив отримані дані і виявив додаткові відмінності між групами порівняння. Найбільш інформативні ознаки ( $MI > 0,1$ ), щодо такої диференціації (за оцінками діагностичної цінності (ДК) та інформативності (MI)), були зведені у діагностичну таблицю (табл. 2).

З таблиці випливає, що найбільш уразливими компонентами СФ хворих з Н-О МР СНД виявилися: батьківська роль та емоційні відносини у подружньому житті, а також тривале перебування в умовах застосування примусових заходів медичного характеру. Останнє, з одного боку сприяло зниженню суспільної безпеки таких хворих, а з іншого — призводило до погіршення СФ здебільше у сімейно-побутовій сфері (враховується середній бал за цією сферою функціонування).

У пацієнтів з П-П МР СНД найбільший РД, порівняно з обстеженими II групи, реєстрували за показником «інформованість та інтереси», а загальний рівень СФ за сімейно-побутовою сферою був достовірно нижчим.

Зазначені у табл. 2 ознаки є маркерами-мішенями лікувально-реабілітаційних втручань, тобто саме цим особливостям СФ треба приділяти увагу при диференційованому підході (відповідно до психопатологічного механізму реалізації СНД) до його відновлення.

Таблиця 2. Діагностична таблиця маркерів соціального функціонування хворих з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь (в порядку зменшення MI)

Маркер MP СНД	Ознаки (у форматі: сфера СФ / розділ / назва ознаки)	Діапазон ознаки, бали	Частота ознаки, %		Відношення частот II/I	ДК	MI	p*
			I група	II група				
<b>Модель оцінки СФ пацієнтів з психічними та поведінковими розладами</b>								
Н-О	Сімейно-побутова / Сімейна роль / батьківська роль	> 3	23,90	37,80	1,58	1,99	0,14	0,0019
	Сімейно-побутова / Сімейна роль / емоційні відносини подружнього життя	> 3	27,09	41,73	1,54	1,88	0,14	0,0016
	Працевдатність / Ступінь обмеження працевдатності / тривалість перебування у стаціонарі	≤ 5	25,50	37,80	1,48	1,71	0,11	0,0047
	Сімейно-побутова / Сімейно-побутова сфера (середній бал)	> 3	42,23	58,27	1,38	1,40	0,11	0,0011
	Соціальна взаємодія / Функціонування у загальносоціальному розумінні / інформованість та інтереси	≤ 3	47,41	63,78	1,35	1,29	0,11	0,0009
П-П	Соціальна взаємодія / Функціонування у загальносоціальному розумінні / інформованість та інтереси	> 3	52,59	36,22	0,69	-1,62	0,13	0,0009
	Сімейно-побутова / Сімейно-побутова сфера (усереднено)	≤ 3	57,77	41,73	0,72	-1,41	0,11	0,0011
<b>Методика EAPS</b>								
Н-О	Життєдіяльність і працевдатність	> 4	22,31	41,73	1,87	2,72	0,26	0,0001
П-П	Життєдіяльність і працевдатність	≤ 4	77,69	58,27	0,75	-1,25	0,12	0,0001

Примітка. \* — достовірність відмінностей розрахована точним методом Фішера (ТМФ)

1. Досліджено дезадаптивні форми СФ у популяції хворих, які вчинили діяння проти життя та здоров'я особи, за різними психопатологічними механізмами, що обмежують їхню здатність до ведення незалежного, самостійного способу життя. Це проявляється дисфункцією показників, що характеризують загальне поведінкове функціонування, а складність вирішення проблем у сімейно-побутовій сфері веде до дисфункції виконання ними соціальних ролей.

2. У розподілу обстежених за загальним рівнем СФ, незалежно від психопатологічного механізму реалізації СНД, переважають пацієнти з серйозним рівнем дисфункції, що відповідає ступеню обмеження життєдіяльності на рівні 51—75 % або II/I групі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів.

3. Зміни особистості і поведінки осіб внаслідок перебігу параноїдної шизофренії перешкоджають формуванню соціальних зв'язків і призводять до звуження кола спілкування, що додатково обумовлює їх соціальну дезадаптацію. При цьому, втрата соціальних контактів, зниження соціальної активності формують «неконтрольовані» сфери СФ, до яких у пацієнтів з Н-О МР СНД належать: батьківська роль, емоційні відносини сімейного життя; а у хворих з П-П МР СНД — інформованість та інтереси (при відносно збереженому СФ у сфері сімейно-побутових відносин і працевдатності).

4. Дисфункція соціальних ролей, що висувають підвищені вимоги до самостійної активності та прояву ініціативи (сфера соціальних відносин), досягає у обстеженого контингенту найвищого рівня. У соціальних ролях, що не потребують від хворих самостійності й активності і знаходяться під контролем найближчого оточення (родичі, медичні працівники), вона є меншою та більш компенсованою (сфери сімейно-побутових відносин, працевдатності).

5. Під час розроблення лікувально-реабілітаційних програм, що диференційовані відповідно до психопатологічного механізму реалізації СНД, треба враховувати маркери-мішені щодо СФ, а також знаходити компроміс

між рівнем суспільної небезпеки таких хворих і зниженням спроможності до самостійного СФ. Зазначене має бути забезпечено оптимальною тривалістю застосування примусових заходів медичного характеру.

#### Список літератури

1. Кабанов М. М. Реабілітація в контексті психіатрії / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9—10.
2. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. — Киев : Сфера, 2001. — 418 с.
3. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / Энтони В., Коэн М., Фаркас М.. — Киев : Сфера, 2001. — 278 с.
4. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии / В. А. Абрамов. — Донецк, 2004. — 271 с.
5. Приб Г. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Приб Глеб Анатольевич. — Киев, 2003. — 235 с.
6. Вивчити особливості клініки психічних захворювань, ускладнених наркологічною патологією і розробити методики медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих з цими розладами : Звіт НДР (заключений) / Український науково-дослідний ін-т соціальної і судової психіатрії та наркології. № 0199U000496. — К., 2001. — 143 с.
7. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монография / [В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова и др.]. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.
8. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. / Е. В. Гублер — М., Медицина, 1978. — 294 с.
9. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев : Морион, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 11.06.2015 р.

КУШНІР Анатолій Миколайович, керівник Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ  
KUSHNIR Anatolii, Head of the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security of Ministry of Health of Ukraine", Dnipropetrovsk