

О. В. Широков
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ТА СЕРЕДОВИЩНІ ЧИННИКИ
 В ГЕНЕЗІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ,
 КОМОРБІДНУ ІЗ КІСТКОВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ**

А. В. Широков
**Клинико-психопатологические, психосоциальные и средовые факторы в генезе дезадаптации
 больных параноидной шизофренией, коморбидной с костным туберкулезом**

O. V. Shyrokov
**Clinical-psychopathological, psychosocial and environmental factors in genesis of disadaptation
 of patients with paranoid schizophrenia, comorbidity with bone tuberculosis**

На ґрунті комплексного обстеження 120 хворих на параноїдну шизофренію, серед яких 60 (основна група), крім шизофренії, страждали на кістковий туберкульоз, а інші 60 пацієнтів (група порівняння) не мали коморбідного захворювання, визначені клініко-психопатологічні, психосоціальні та середовищні чинники, що зумовлюють розвиток специфічного стану коморбідної дезадаптації (КД), притаманного хворим з подвійною психічною й фізичною патологією.

При помірному ступені КД (легкий рівень, $n = 16$ осіб, 26,7 %) вираженість чинників дезадаптації легка, а їхня кількість менша, ніж при інших ступенях КД. При вираженому ступені КД (помірний рівень, $n = 20$ пацієнтів, 33,3 %) вираженість чинників дезадаптації помірна, а їхня кількість збільшена максимально. При максимальному ступені КД (виражений рівень, $n = 24$ хворих, 40,0 %) вираженість чинників дезадаптації є максимальною, а їхня кількість зменшується, порівняно з вираженим ступенем КД. За результатами дослідження запропоновано групування пацієнтів за інтегральним показником — рівнем порушення соціального функціонування, як одним із важливих чинників, на якому базується розроблення заходів психосоціальної реабілітації в комплексній терапії хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з кістковим туберкульозом.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, кістковий туберкульоз, коморбідна дезадаптація

На основе комплексного обследования 120 больных параноидной шизофренией, среди которых 60 (основная группа), кроме шизофрении, страдали костным туберкулезом, а остальные 60 пациентов (группа сравнения) не имели коморбидного заболевания, определены клинико-психопатологические, психосоциальные и средовые факторы, обуславливающие развитие специфического состояния коморбидной дезадаптации (КД), присущего больным с двойной психической и физиатрической патологией.

При умеренной степени КД (легкий уровень, $n = 16$ человек, 26,7 %) выраженность факторов дезадаптации легкая, а их количество меньше, чем при других степенях КД. При выраженной степени КД (умеренный уровень, $n = 20$ пациентов, 33,3 %) выраженность факторов дезадаптации умеренная, а их количество увеличено максимально. При максимальной степени КД (выраженный уровень, $n = 24$ больных, 40,0 %) выраженность факторов дезадаптации максимальна, а их количество уменьшается, по сравнению с выраженной степенью КД. По результатам исследования предложено группирование пациентов по интегральному показателю — уровню нарушения социального функционирования, как одного из важных факторов, на котором базируется разработка мероприятий психосоциальной реабилитации в комплексной терапии больных параноидной шизофренией, коморбидной с костным туберкулезом.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, костный туберкулез, коморбидная дезадаптация

Based on a comprehensive survey of 120 patients with paranoid schizophrenia, among whom 60, in addition to schizophrenia, suffered from bone tuberculosis, and the remaining 60 patients had comorbid diseases by clinical-psychopathological, psychosocial and environmental factors determining the development of specific condition — comorbid disadaptation (CM), characteristic of patients with dual TB and mental disorders.

In moderate CM (easy level, $n = 16$ persons, 26.7 %) Light intensity factors of disadaptation, and their number is less than at other stages of the CM. In marked degree CM (moderate, $n = 20$ patients, 33.3 %) disadaptation moderate severity factors, and their number increased maximum. At the maximum degree CM (pronounced level, $n = 24$ patients, 40.0 %) severity of disadaptation factors most pronounced, and their number reduced, compared with a marked degree CM. The study suggested grouping patients by a combined indicator — violation of social functioning level as one of the important factors on which the development of measures of psychosocial rehabilitation in the treatment of patients with paranoid schizophrenia, comorbidity with bone tuberculosis.

Key words: paranoid schizophrenia, bone tuberculosis, comorbid disadaptation

Туберкульоз є одним з найбільш розповсюджених інфекційних захворювань, зростання якого зберігається в масштабах усього світу [1]. За даними ВООЗ, у 2014 р. Україна вперше посіла 5-те місце серед країн з найвищою захворюваністю на туберкульоз у світі за показниками рівня стійкості хвороби до лікування та загальної кількості пацієнтів. Серед країн Європейського регіону ВООЗ наша держава займає 2-ге місце за цими ознаками [2].

Найбільший рівень захворюваності на туберкульоз та смертності від нього спостерігається у соціально дезадаптованих груп населення, в тому числі, тих, які мають психічні розлади різного ступеня вираженості. Хворі на тяжкі психічні розлади належать до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз: кількість хворих

на активний туберкульоз у психіатричних стаціонарах становить 3—6 %, а серед дорослих пацієнтів психіатричної служби випадки захворювання на туберкульоз спостерігаються у 4—5 разів частіше, ніж у соматичних стаціонарах [3].

Успіхи в лікуванні туберкульозу у другій половині ХХ століття призвели до зниження смертності від цього захворювання серед хворих на шизофренію з 50 % в 35—39 рр. до 5—7 % у 1985 р. Однак, в останньому десятилітті ХХ століття загальна кількість хворих на туберкульоз у світі знову стала різко зростати: збільшення інфікованих і хворих на туберкульоз склало понад 60 %. Головна причина нової хвилі туберкульозної інфекції, на думку науковців, пов'язана з появою штамів «полірезистентних» мікобактерій, стійких до більшості відомих протитуберкульозних препаратів [4, 5].

Сучасні прогнози щодо подальшої ситуації з туберкульозною інфекцією серед хворих психіатричного профілю, на жаль, маловісні. Вчені прогнозують продовження у найближчі десятиліття хвилеподібного збільшення кількості хворих на туберкульоз серед пацієнтів, насамперед, з шизофренією (в тому числі тому, що туберкульоз є рецидивуючим захворюванням), з летальністю, пов'язаною з туберкульозом, серед даного контингенту пацієнтів, на рівні 40—50 % [6, 7].

На теперішній час все більша кількість дослідників розглядають етіопатогенетичну основу туберкульозу і психічних захворювань, їх лікування та реабілітацію з позиції біопсихосоціальної концепції, заснованої на взаємозалежності, взаємозумовленості і взаємовпливу біологічних, клінічних, соціальних і психологічних чинників. З огляду на зазначену концепцію, а також на пануючу нині тенденцію до гуманізації психіатричної допомоги, на сучасному етапі змінилися цілі лікування, кінцевим результатом якого зараз є не тільки купірування клінічних симптомів, але й відновлення належного рівня соціального функціонування та якості життя пацієнта (ЯЖ). Тому в наукових публікаціях останніх років все більша увага приділяється моделям надання психіатричної допомоги, орієнтованим на потреби хворих, а питання реабілітації займають пріоритетні напрямки як у фтизіатрії, так і в психіатрії [8—11].

Між тим, якщо питання поєднання туберкульозу легенів, як найбільш розповсюдженої його форми, та психічного розладу іноді стає об'єктом уваги дослідників [12—15], то коморбідність інших його форм, зокрема кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Однак, перебіг кісткового туберкульозу зумовлює обмеження можливості пересування й належного рівня соціального функціонування хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією — значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації, приводячи до формування коморбідно-специфічного дезадаптивного стану.

Враховуючи вищезазначене, метою роботи було визначення взаємовпливу клініко-психопатологічних та психосоціальних особливостей хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), коморбідну з кістковим туберкульозом (ККТ), для обґрунтування необхідності розроблення специфічних заходів їх психосоціальної реабілітації.

Контингент дослідження складався із 120 чоловіків, хворих на ПШ, які протягом 2012—2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) склали 60 пацієнтів, які страждали на ПШ та ККТ, групу порівняння (ГП) — 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв'ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарію для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації, результатами використання «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS) та психодіагностичним дослідженням.

Для вивчення суб'єктивного самопочуття хворих на ПШ під впливом нейролептичної терапії була вико-

ристана шкала Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale — Short Form (SWN-S) [16]. Аналіз відбувався особливості суб'єктивного самопочуття за такими розділами: а) когнітивна діяльність; б) наявність самоконтролю; в) регуляція емоційного стану; г) соціальні взаємини; д) фізична активність. Кожен розділ містив у собі два пункти з позитивним радикалом і два пункти з негативним радикалом.

Визначення специфіки соціального функціонування обстежених в лікарні та соціумі проводилось за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), за якою оцінювали ступінь загальної поведінкової дисфункції та внутрішньо-лікарняне функціонування [17].

ЯЖ оцінювали за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, J. Liu & G. Yoon, в адаптації Н. О. Марути [18].

Діагностику госпіталізму та рівня його вираженості здійснювали за допомогою стандартизованої клінічної шкали [19], яка враховувала загальні діагностичні критерії госпіталізму, характерні для всіх клінічних форм: 1) дисфункціональні стани в когнітивній, ціннісно-комунікативній сферах і у сфері життєдіяльності пацієнта; 2) втрата (обмеження) соціальних зв'язків і контактів з навколишнім світом; 3) дезадаптивні форми пристосувальної поведінки, часткова або повна бездіяльність; 4) втрата (обмеження) здатності жити у звичайному соціальному середовищі і використовувати свій соціальний досвід; 5) відсутність на протязі тривалого часу психосоціальної стимуляції хворого і заходів щодо його соціальної реінтеграції.

Отримані у дослідженні дані було оброблено методами математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для статистичного оброблення даних використовували процедури первинної та вторинної статистики [20].

Клініко-психопатологічним дослідженням встановлено, що за типом перебігу ПШ у досліджених пацієнтів спостерігались істотні відмінності, а саме, переважання безперервного типу перебігу ПШ у ОГ. Аналіз даного факту встановив, що безперервний перебіг ПШ у більшості пацієнтів ОГ виникає внаслідок нерегулярності (усвідомленої відмови) прийому психотропної терапії. Дана нерегулярність була зумовлена тим, що внаслідок подвійної токсичності медикаментозних препаратів, хворі обирали прийняття протитуберкульозного лікування перед психотропним. Такій вибір ґрунтувався на оцінці лікування «найближчих та тяжких» ризиків для здоров'я «тут та тепер», нехтуючи психотропною терапією.

В структурі клініко-психопатологічної симптоматики ПШ у досліджених хворих виокремлені ті показники, що значно впливали на їхнє психосоціальне функціонування, а саме: серед позитивних синдромів у ОГ — концептуальна дезорганізація (P2 — 6 балів, 17,1 ± 3,8 %), галюцінаторна поведінка (P3 — 6 балів, 17,1 ± 3,8 %), ворожість (P7 — 6 балів, 17,1 ± 3,8 %). У ГП — марення (P1 — 5 балів, 17,9 ± 3,8 %). Достовірність різниць показників між шкалами дорівнювала $p \leq 0,001$.

Серед негативних синдромів ПШ у досліджених хворих ОГ переважали прояви сплоснення афекту (N1 — 6 балів, 15,6 ± 3,5 %), емоційна відгородженість (N2 — 6 балів, 15,6 ± 3,5 %), недостатній рапорт (N3 — 6 балів, 15,6 ± 3,5 %), брак спонтанності й плавності бесіди

(N6 — 6 балів, 15,6 ± 3,5 %), пасивно-апатичний соціальний відхід (N4 — 6 балів, 15,6 ± 3,5 %). У ГП, відповідно, сплосчення афекту (N1 — 5 балів, 16,1 ± 3,7 %), емоційна відгородженість (N2 — 5 балів, 16,1 ± 3,7 %), труднощі в абстрактному мисленні (N5 — 5 балів, 16,1 ± 3,7 %). Достовірність різниць показників між шкалами дорівнювала $p \leq 0,001$.

За аналізом ступеня вираженості загальнопсихопатологічних синдромів ПШ у хворих ОГ виявлено переважання стурбованості соматичними відчуттями (G1 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), манерність й поза (G5 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), некооперативність (G8 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), дезорієнтація (G10 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), зниження розважливості й усвідомлення хвороби (G12 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), вольові порушення (G13 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), порушення соціальної активності (G16 — 6 балів, 7,0 ± 2,5 %), яке супроводжувалося втратою соціальних зв'язків і контактів з навколишнім світом ($p < 0,001$), частковою або повною бездіяльністю ($p < 0,001$), обмеженням здатності жити у звичайному соціальному оточенні й використовувати свій соціальний досвід ($p < 0,001$). У ГП, відповідно: відчуття провини, напруження, манерність й поза, депресія, рухова загальмованість, думки з незвичайним змістом, дезорієнтація, труднощі концентрації уваги, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, які мали по 6 балів (6,6 ± 2,5 %), соціальна активність — 6 балів (7,9 ± 2,7 %). Достовірність різниць показників між шкалами дорівнює $p \leq 0,001$.

Отже, в загальній структурі клінічної картини ПШ, ККТ переважали синдроми, наявність яких у вираженому або значному ступені вираженості «перешкождала» функціонуванню хворих.

В ході подальшої роботи було встановлено, що для хворих на ПШ з ККТ характерним є:

а) більша вираженість негативних наслідків нейролептичної терапії в усіх сферах функціонування (розумова діяльність — загальна сума балів: -6,11 в ОГ та -0,47 в ГП, $p \leq 0,05$; самоконтроль — 1,28 в ОГ та 4,48 в ГП, $p \leq 0,05$; регулювання емоційного стану: -1,09 в ОГ та 5,69 в ГП, $p \leq 0,05$; фізична активність: 3,71 в ОГ та 7,61 в ГП, $p \leq 0,05$; соціальна інтеграція: 1,81 та -0,61 $p \leq 0,05$, відповідно) з вираженим синдромом індивідуальності;

б) системні та значно руйнівні порушення функціонування у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні (середній показник поведінкової дисфункції у ОГ 4,8, а в ГП — 3,0);

в) виражені прояви поведінкової дисфункції у лікарні (середній показник поведінкової дисфункції у лікарні у ОГ 4,4, а в ГП — 3,8);

г) більш виражене зниження ЯЖ, як за власною оцінкою, так і за оцінкою лікаря (інтегрований показник — 4,3 у ОГ й 5,5 у ГП);

д) превалювання сформованого синдрому госпіталізму (75 % ОГ й 15 % ГП).

Отже, аналіз стану «порушення соціального функціонування» (ПСФ) хворих на ПШ з ККТ довів наявність в них специфічного стану коморбідної дезадаптації (КД), складовими якого стали клініко-психопатологічні, психосоціальні і середовищні чинники.

За результатом кореляційного аналізу клініко-психопатологічних та психосоціальних чинників, виокремлено ті, що формують той чи інший рівень вираженості КД (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Результати аналізу парної кореляції основних клініко-психопатологічних чинників за впливовістю на формування КД

Чинник (показник)	Рівень КД		
	I	II	III
Депресивний синдром	***	***	**
Депресивно-параноїдний синдром	***	***	**
Астенічний синдром	***	***	**
Стойкість синдромів / стабільність клінічної картини	**	***	**
Безперервний тип перебігу	***	***	***
Епізодичний із прогредієнтним тип перебігу	*	*	*
Епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	*	*	*
Позитивні синдроми PANSS (помірний та виражений ступінь):			
Збудження	***	**	*
Марення	*	***	*
Підозрілість-переслідування	*	***	***
Прояви ворожості	*	***	*
Негативні синдроми PANSS (виражений, значно виражений ступінь):			
Сплосчення афекту	*	***	***
Емоційна відгородженість	*	**	***
Пасивно-апатичний соціальний відхід	***	***	***
Стереотипність мислення	*	**	***
Загальнопсихопатологічні синдроми PANSS (виражений, значно виражений ступінь):			
Напруження	***	**	*
Труднощі концентрування уваги	***	**	*
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	***	**	*
Вольові порушення	***	**	**
Порушення соціальної активності	***	**	**
Контекстуальні чинники:			
Сімейні хвороби чи інвалідність	*	**	***
Певні психосоціальні обставини	***	**	***
Первинна підтримка оточуючих	***	**	***
Соціальне оточення	*	**	***
Труднощі організації життєдіяльності	*	**	***

Примітка. Міцність кореляційного зв'язку показників: * — 0,6—0,69 (вірогідний вплив); ** — 0,70—0,79 (вагомий вплив); *** — 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)

Як видно з даних табл. 1, дуже вагомий вплив на формування КД мали такі чинники.

Перший рівень КД (легка вираженість), 25 % пацієнтів: легкий депресивний, депресивно-параноїдний та астенічний синдроми; стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; безперервний тип перебігу; збудження у вираженому ступені проявів; пасивно-апатичний соціальний відхід; напруження, труднощі концентрування уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби; вольові порушення, порушення соціальної активності; проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними обставинами ($p < 0,05$).

Другий рівень КД (помірна вираженість), 36,7 % хворих: помірний депресивно-параноїдний та астенічний синдроми; стійкість синдромів / стабільність клінічної картини; безперервний тип перебігу; марення у вираженому ступені проявів; підозрілість-переслідування, прояви ворожості; помірний ступінь негативних синдромів;

виражений та значно виражений ступінь проявів загальнопсихопатологічних синдромів; проблеми, пов'язані з сімейними хворобами чи інвалідністю, певними психосоціальними обставинами, первинною підтримкою оточуючих; труднощі організації життєдіяльності ($p < 0,05$).

Третій рівень КД (значна вираженість), 38,3 % обстежених: виражений депресивний, депресивно-параноїдний та астенічний синдроми; стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, безперервний тип перебігу; виражений ступінь негативних синдромів; виражений та значно виражений ступінь проявів загальнопсихопатологічних синдромів; проблеми, пов'язані з сімейними хворобами чи інвалідністю, певними психосоціальними обставинами, первинною підтримкою оточуючих; труднощі організації життєдіяльності ($p < 0,05$).

Психосоціальні особливості оцінювали не лише з діагностичних позицій, а також з метою їх використання як мішеней психосоціальної реабілітації на психосоціальному та соціальному рівні функціонування пацієнтів. У табл. 2 ранжовані за впливовістю основні психосоціальні чинники формування КД при ПШ, ККТ.

Таблиця 2. Результати аналізу парної кореляції основних психосоціальних чинників за впливовістю на формування рівня КД

Особливості (чинники)	Рівень КД		
	I	II	III
Загальна поведінкова дисфункція (Psychiatric Disability Assessment Schedule)			
Самообслуговування	*	**	***
Трудова діяльність	*	**	***
Діяльність у родині та вдома	*	**	***
Діяльність у загальному соціальному розумінні	*	**	***
Поведінка в лікарні (Psychiatric Disability Assessment Schedule)			
Поведінка у палаті	*	**	***
Думка медсестер або родичів	*	*	*
Заняття пацієнта	*	**	***
Контакт з зовнішнім світом	**	**	**
Ступінь дисфункції (Psychiatric Disability Assessment Schedule)			
Очевидна	*	**	***
Серйозна	***	**	*
Дуже серйозна	*	**	***
Фази формування синдрому госпіталізму (В. А. Абрамов 2010)			
фаза окремих симптомів	***	*	*
фаза формування синдрому	***	**	*
фаза сформованого синдрому	*	**	***
Вплив нейролептичної терапії (SWN-S)			
Розумова діяльність	***	**	*
Самоконтроль	*	**	***
Фізична діяльність	***	**	*
Регулювання емоцій	***	***	***
Соціальна інтеграція	***	**	*
Якість життя (Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999)			
Фізичне благополуччя	*	*	**
Психологічне/емоційне благополуччя	*	**	***
Самообслуговування та незалежність у діях	*	**	***
Міжособистісна взаємодія	***	***	***

Примітка. Міцність кореляційного зв'язку показників: * — 0,6—0,69 (вірогідний вплив); ** — 0,70—0,79 (вагомий вплив); *** — 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)

Як видно з табл. 2, дуже вагомий вплив на формування КД у хворих ПШ, ККТ справляли такі психосоціальні чинники.

Перший рівень КД (легка вираженість), 28,3 % хворих: труднощі контакту з зовнішнім світом; серйозна поведінкова дисфункція; фаза окремих симптомів та фаза формування синдрому госпіталізму; наявність ознак негативного впливу нейролептичної терапії на розумову і фізичну діяльність, регулювання емоцій і соціальну інтеграцію; загальне зниження якості життя, особливо — в сфері міжособистісної взаємодії ($p < 0,05$).

Другий рівень КД (помірна вираженість), 30 % пацієнтів: труднощі функціонування в лікарні, контактів з зовнішнім світом; очевидна, серйозна поведінкова дисфункція; фаза сформованого синдрому госпіталізму; негативний вплив нейролептичної терапії та усі сфери життєдіяльності; загальне зниження якості життя, особливо в сферах емоційного/психологічного благополуччя, самообслуговування та незалежності в діях та міжособистісній взаємодії ($p < 0,05$).

Третій рівень КД (значна вираженість), 41,7 % обстежених: виражена дисфункція функціонування в лікарні, виражені порушення поведінки у палаті, заняттях пацієнта, контактах з зовнішнім світом; очевидна, серйозна та дуже серйозна поведінкова дисфункція; фаза формування та фаза сформованого синдрому госпіталізму; негативний вплив нейролептичної терапії, насамперед, в сфері самоконтролю та регулювання емоцій; значне зниження якості життя за усіма сферами життєдіяльності ($p < 0,05$).

Окремо, за аналізом анамнестичних даних, нами виокремлено загальні контекстуальні чинники, які призводять до розвитку КД у пацієнтів з ПШ, ККТ:

1. відсутність власної родини або значущих найближчих родичів;
2. наявність аутоагресивних паттернів;
3. недостатній рівень критики та знань щодо обох захворювань;
4. низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості при дебюті ПШ;
5. деструкція суспільних відносин та судимості в анамнезі;
6. дисгармонічні індивідуально-особистісні особливості.

Враховуючи результати кореляційного аналізу щодо клініко-психопатологічних та психосоціальних особливостей, як чинників, що формують КД у даного контингенту, нами виокремлено ступені ризику її виникнення. Визначення даних ступенів дозволило забезпечити реалізацію прогностичного — інтегративного підходу під час психореабілітаційної роботи в комплексному лікуванні даних хворих, а саме, можливість своєчасного включення пацієнтів у психореабілітаційну програму. Ранжування показників за ступенями відбувалось за рахунок застосування кореляційного аналізу з виокремленням міцності зв'язків між шкалами та показниками застосованого методичного інструментарію, та оцінку показників проводили окремо за суб'єктивною думкою як пацієнта, так і лікаря (або молодшого персоналу).

Виокремлено 3 ступеня прояву КД:

1. перший ступінь — помірний (відповідає легкому рівню КД), 26,7 % пацієнтів: маркери дезадаптації не мають стабільності, частково підтверджуються думкою лікаря та молодшого медичного персоналу; прояви дезадаптації нівелюються заходами психосоціальної реабілітації;

2. другий ступінь — виражений (відповідає помірного рівню КД), 33,3 % хворих: маркери дезадаптації стабільні, підтверджуються думкою лікаря та молодшого медичного персоналу; прояви дезадаптації нівелюються психореабілітаційними заходами;

3. третій ступінь — максимальний (відповідає значному рівню КД), 40 % пацієнтів: маркери дезадаптації прогресують та підтверджуються дослідженням пацієнта та думкою лікаря та молодшого медичного персоналу; прояви дезадаптації частково нівелюються реабілітаційними заходами.

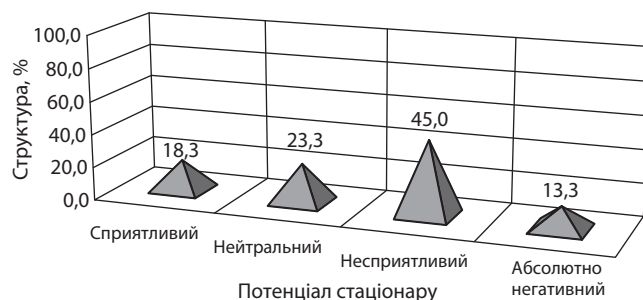
Наступним етапом дослідження стала оцінювання та поглиблений аналіз «загального госпітального статусу» пацієнтів. На нашу думку, у даний статус входять: стосунки із пацієнтами, взаємовідносини із медичним персоналом та «потенціал функціонування у стаціонарі» із точки зору ефективності психосоціальної реабілітації.

Структуру «загального госпітального статусу» пацієнтів вивчали шляхом оцінювання взаємозв'язку показників шкал DAS «відносини хворого з медичним персоналом» та «стосунки між хворими». Розподіл пацієнтів за структурою «загального госпітального статусу» хворих відображено у табл. 3, дані якої свідчать, що у 51,7 % пацієнтів спостерігалися незадовільні відносини з медичним персоналом, проте такі стосунки між пацієнтами спостерігалися у 45,0 % ($p < 0,01$). Співвідношення задовільних відносин становило, відповідно, 28,3 % та 30,0 %; добрих відносин — 20,0 % та 25,0 %, відповідно. Такий розподіл вказує на те, що приблизно 50,0 % пацієнтів мали обопільний психореабілітаційний потенціал, як з боку персоналу, так й з боку оточуючих пацієнтів ($p < 0,01$).

Таблиця 3. Структура «загального госпітального статусу» хворих на ПШ, ККТ

Показник	Відносини хворого з персоналом			Стосунки між пацієнтами			χ^2, p
	N	%	$\pm m$	N	%	$\pm m$	
Незадовільний	31	51,7	5,0	27	45,0	5,0	53,1; ($p < 0,01$)
Задовільний	17	28,3	4,5	18	30,0	4,6	
Добрий	12	20,0	4,0	15	25,0	4,3	

Результати аналізу атмосфери терапевтичного середовища, або «потенціал стаціонару», як одного із важливих чинників, на якому базується позитивний ефект від психореабілітаційної роботи, відображено на рисунку.



Розподіл «потенціалу стаціонару» за думкою пацієнтів

Отримані дані свідчать, що 18,3 % пацієнтів «потенціал стаціонару» визначили як сприятливий, 23,3 % хворих — як нейтральний, 45,0 % — як несприятливий, а 13,3 % — як абсолютно негативний ($p < 0,05$).

Даний підхід надав можливість проаналізувати проблеми на їх «незалежність» та «коморбідність» внаслідок ПШ, ККТ. Проте, для визначення «психореабілітаційних мішеней» був проведений аналіз кореляційних показників із виокремленням сильних кореляційних зв'язків між двома показниками (думками пацієнта або медичного працівника). Виявлено, що якщо за суб'єктивною думкою респондента по деяким показникам зв'язок визначався як слабкий або середній (тобто умовно у ієрархії проблем був як менш важливий), проте, у загальному кореляційному аналізі (об'єднання усіх показників), ці проблеми визначались як важливі (високий рівень кореляційного зв'язку). Негативних (зворотних) кореляційних зв'язків усередненого показника за всіма шкалами та показниками за загальною інтегрованою оцінкою по окремим складовим не встановлено. Кореляційну перевірку щодо запропонованого підходу ранжування пацієнтів у групи «порушення соціального функціонування» при наявності КД наведено у табл. 4.

З отриманих даних можна стверджувати, що запропонований підхід виокремлення груп ПСФ є науково обґрунтованим. Так, пацієнти із першим ступенем прояву КД, в цілому, розподілилися у межах показників групи А (ПСФ); з другим ступенем прояву КД — у групах В та С (ПСФ); з третім ступенем прояву КД — у групі D (ПСФ). Узагальнення отриманих даних свідчить, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками. Проте, на виникнення ПСФ найбільше впливали (встановлено найміцніший зв'язок): міжособистісна взаємодія ($r = 0,95$) та незалежність у діях ($r = 0,94$).

Таблиця 4. Групування хворих за рівнем порушення соціального функціонування при наявності коморбідної дезадаптації

Показники (чинники)	ПСФ			
	A	B	C	D
Межі коливання коефіцієнта зростання показників захисту-агресії	< 1,1	1,1—1,9	2,0—2,5	2,6—3,0
Усереднений коефіцієнт зростання важкості показників захисту-агресії	0,68	1,49	2,25	2,84
Співвідношення коефіцієнтів зростання показників захисту-агресії (в цілому)	0,59	1,45	2,33	2,95
— клініко-психопатологічні	0,56	1,55	2,45	2,96
— психосоціальні:	0,65	1,75	2,40	2,97
макро- та мікросоціальні	0,85	0,76	2,42	2,88
міжособистісні	0,75	0,49	2,39	2,93
— контекстуальні	0,96	1,17	1,87	2,69

В цілому, враховуючи результати аналізу стану КД, притаманного хворим на ПШ, ККТ, можна стверджувати, що на першій план психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів виходять проблеми відчуття хворого себе як психологічно та емоційно відторгнутого, як у суспільстві (групи ПСФ — С та D), так й у стаціонарі (другий та третій ступені прояву КД). Така ситуація породжує коло причинно-наслідкових зв'язків дезадаптації: загальнокомунікативні проблеми у стаціонарі спричиняють ситуаційно зумовлені проблеми із дезадаптивною — фрустраційною реакцією на них, що у свою чергу знижує здатність адекватного їх вирішення хворим.

Узагальнюючи вищенаведене, можна стверджувати, що за результатами дослідження надано характеристику клініко-психопатологічним, психосоціальним та середовищним чинникам, які мають достовірний вплив на формування КД у пацієнтів з ПШ, ККТ, в аспекті їхньої здатності спричинити той чи інший ступінь КД. При помірному ступені КД (легкий рівень, $n = 16$ осіб, 26,7 %) вираженість чинників дезадаптації легка, а їхня кількість менша, ніж при інших ступенях КД. При вираженому ступені КД (помірний рівень, $n = 20$ пацієнтів, 33,3 %) вираженість чинників дезадаптації помірна, а їхня кількість збільшена максимально. При максимальному ступені КД (виражений рівень, $n = 24$ хворих, 40,0 %) вираженість чинників дезадаптації є максимальною, а їхня кількість менша, порівняно з вираженим ступенем КД.

За результатами дослідження запропоновано групування пацієнтів за інтегральним показником — рівнем ПСФ, як одним із важливих чинників, на якому базується розроблення заходів психосоціальної реабілітації в комплексній терапії хворих на ПШ, ККТ.

Список літератури

1. Surveillance of tuberculosis in Europe [Text] / [H. L. Rieder, J. M. Watson, M. C. Raviglione, et al.] // Eur Respir J. — 1996. — Vol. 9. — P. 1097—1104.
2. Туберкульоз в Україні: знайти, лікувати, вилікувати кожного [Електронний ресурс] // Аптека. — № 983 (12), 30.03.2015. — Режим доступу : <http://www.apтека.ua/article/327618>
3. Борзенко А. С. Оценка эффективности стационарного этапа лечения при оказании противотуберкулезной помощи психически больным, страдающим туберкулезом легких [Текст] / А. С. Борзенко, Е. Ю. Зубова, Ю. А. Яицкий // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 6. — С. 37—40.
4. Амлаев К. Р. Туберкулез легких у психических больных: эпидемиологические и клинические аспекты [Текст] / К. Р. Амлаев, О. Д. Баронова // Профилактическая медицина. — 2011. — № 2. — С. 45—48.
5. Зубова Е. Ю. Туберкулез легких в психиатрических стационарах [Текст] / Е. Ю. Зубова // Вестник ТГУ. — 2012. — Т. 17, вып. 1. — С. 256—262.
6. Лагун И. Я. Причинность шизофрении [Текст] / И. Я. Лагун. — Липецк : ПК Ориус, 2008. — 289 с.

7. Ситникова О. Н. Особенности клинических форм и течения течения шизофрении, коморбидной туберкулезу легких [Электронный ресурс] / О. Н. Ситникова, М. Ф. Кутепова, Е. А. Комаров // Прикладные информационные аспекты медицины (Сетевое электронное издание). — 2008. — № 11. — Режим доступа : <http://www.vsm.a.ru/publ/priam/011-1/site/index34.html>.

8. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2015. — Т. 23, вип. 1 (82). — С. 5—11.

9. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии [Текст] / Н. А. Марута // НейроNews. — 2013. — № 8 (53). — С. 16—20.

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

11. Фещенко Ю. І. Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. — К.: Здоров'я, 2004. — 624 с.

12. Юр'єва Л. М. Психопатологічні порушення у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень [Текст] / Л. М. Юр'єва, М. Г. Бобро // Таврич. журн. психіатрії. — 2005. — Т. 9. — № 2. — С. 34—37.

13. Бобро М. Г. Корекція психічних розладів у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень [Текст] / М. Г. Бобро // Медичні перспективи. — 2005. — Т. X, № 3. — С. 62—65.

14. Валецький Ю. М. Психоневротичні розлади та особливості психології у хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. М. Валецький // Інфекційні хвороби. — 2005. — № 4. — С. 87—90.

15. Валецький Ю. М. Особливості психіки та її розлади у хворих на туберкульоз легень [Текст] / Ю. М. Валецький // Лікар. практика. — 2006. — № 1. — С. 28—31.

16. A new rating scale for negative symptoms: The Motor-Affective-Social Scale [Text] // Psychiatry Research. — Vol. 160. — Issue 3. — 30 September 2008. — P. 346—355.

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

18. Критерий качества жизни в психиатрической практике [Текст] / [Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др.]. — Харьков : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 239 с.

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

20. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: Морион, 2001. — 408 с.

Надійшла до редакції 18.09.2015 р.

ШИРОКОВ Олександр Васильович, асистент кафедри психіатрії, загальної та медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ; e-mail: shuravey@yandex.ua

Shyrovkov Oleksandr, Assistant of the Department of Psychiatry, general and medical psychology of State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy", Dnipropetrovsk; e-mail: shuravey@yandex.ua