

О. М. Юрченко
**СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ
 ТА ЇЇ ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ**

О. Н. Юрченко
**Социально-демографическая характеристика больных параноидной шизофренией
 и ее диагностическое значение**

О. М. Yurchenko
The socio-demographic characteristics of patients with paranoid schizophrenia and its diagnostic value

Вивчено соціально-демографічні характеристики хворих на параноїдну шизофренію (ПШ). Для цього в роботі використовували модулі «G» (General information — загальна інформація про пацієнта); «E» (Educational information — освіта, робота, засоби до існування); а також «F» (Family and social bonds — власна родина пацієнта та його соціальні зв'язки) стандартного опитувальника ASI (Addiction Severity Index — ASI). Було обстежено 107 хворих на ПШ і 70 здорових добровольців (усі обстежені — чоловічої статі), порівняного віку ($36,45 \pm 0,91$ роки і $36,53 \pm 1,74$ роки відповідно). Виявлено найбільш інформативні маркери наявності ПШ, серед яких: відсутність (зі слів хворого) співмешканців з адиктивним та/або іншими психічними та поведінковими розладами; сімейний стан: холостий (незаміжня); незадоволеність поточним сімейним станом; відсутність професії або професійних навичок та деякі інші. Так само виявлено найбільш інформативні маркери відсутності ПШ, які, здебільшого, є антагоністами наведених вище маркерів наявності ПШ. Для всіх маркерів розраховані їхні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності (МІ) Кульбака, що робить їх придатними для комплексного використання у складі строго формальної послідовної діагностичної процедури Вальда (в модифікації Гублера).

Ключові слова: параноїдна шизофренія, соціально-демографічні маркери, комплексна діагностика

Изучены социально-демографические характеристики больных параноидной шизофренией (ПШ). Для этого в работе использовали модули «G» (General information — общая информация о пациенте); «E» (Educational information — образование, работа, средства к существованию); а также «F» (Family and social bonds — собственная семья пациента и его социальные связи) стандартного опросника ASI (Addiction Severity Index — ASI). Было обследовано 107 больных ПШ и 70 здоровых добровольцев (все обследованные — мужского пола), сопоставимого возраста ($36,45 \pm 0,91$ лет и $36,53 \pm 1,74$ лет соответственно). Выявлены наиболее информативные маркеры наличия ПШ, среди которых: отсутствие (со слов больного) сожителей с адиктивным и/или другими психическими и поведенческими расстройствами; семейное положение: холостой (не замужем); неудовлетворенность текущим семейным состоянием; отсутствие профессии или профессиональных навыков и некоторые другие. Так же выявлены наиболее информативные маркеры отсутствия ПШ, которые, преимущественно, являются антагонистами приведенных выше маркеров наличия ПШ. Для всех маркеров рассчитаны их диагностические коэффициенты (ДК) и меры информативности (МИ) Кульбака, что делает их пригодными для комплексного использования в составе строго формальной последовательной диагностической процедуры Вальда (в модификации Гублера).

Ключевые слова: параноидная шизофрения, социально-демографические маркеры, комплексная диагностика

The socio-demographic characteristics of patients with paranoid schizophrenia (PS) are studied. The modules "G" (general information on the patient); "E" (Educational information) and "F" (Family and social bonds) from standard questionnaire ASI (Addiction Severity Index) were used in this work. 107 patients with PS and 70 healthy volunteers (all surveyed was males), compared age ($36,45 \pm 0,91$ years and $36,53 \pm 1,74$ years respectively) have been surveyed. The most informative markers of PS presence was revealed, including: absence (according to the patient) roommates with addictive and/or other mental and behavioral disorders; marital status: not married; a dissatisfaction with a current marital status; absence of job or professional skills and some other. The most informative markers of PS absence was revealed too, which, mainly, was antagonists of above mentioned markers of PS presence. The diagnostic coefficients (DC) and Kullback's informativeness measures (IM) were calculated for all markers. It make them suitable for complex use as a part of strictly formal, consecutive, diagnostic procedure of Wald (in updating of Gubler).

Keywords: paranoid schizophrenia, socio-demographic markers, complex diagnostics

Шизофренія — одна з найскладніших і актуальних проблем клінічної і соціальної психіатрії. Це пов'язано з її поширеністю, різноманітним клінічним проявом, тяжкістю соціально-медичних наслідків, а також браком знань щодо її етіології та патогенезу, що значною мірою зумовлює недостатню ефективність лікування. За даними ВООЗ, шизофренія входить в першу десятку найбільш частих причин втрати працездатності серед осіб молодого віку [1].

В усіх країнах світу найбільш поширеною є параноїдна форма шизофренії [2]. В Україні найчастіше діагностується безперервний тип перебігу параноїдної шизофренії (ПШ), який характеризується відсутністю автохтонних, спонтанних ремісій, поступовими змінами особистості, продуктивними психопатологічними проявами та великим поліморфізмом симптоматики.

Перші симптоми шизофренії можуть бути різноманітними: це можуть бути емоційні порушення, різкі зміни інтересів, поява незрозумілих нав'язливих страхів, думок, дій, іпохондричних скарг тощо. Важливо розпізнати шизофренічний процес на початкових етапах розвитку захворювання для своєчасного надання медичної та психологічної допомоги, якісної соціальної реабілітації та адаптації з метою недопущення погіршення якості життя хворих і уникнення важких наслідків.

Боліючо залишається проблема стигматизації таких пацієнтів. Іноді хворі страждають від неї навіть більше, ніж від проявів самої хвороби. Соціальні наслідки стигми проявляються труднощами працевлаштування, створення сім'ї, отримання освіти, соціальної і медичної допомоги, зменшення кола спілкування тощо [3].

Тому не дивно, що хворі на ПШ часто намагаються приховати наявні симптоми хвороби і обмежити соціальні контакти. Особливої уваги потребують ситуації,

коли хворі дисимулюють соціально небезпечні маячні ідеї, агресивні або суїцидальні наміри.

Дотепер діагностика шизофренії залишається конвенційною і здійснюється, головним чином, за клініко-психопатологічними проявами.

Нерідкі випадки, коли вперше вірний діагноз встановлюють із значним запізненням від початку патологічного процесу, а частота помилкових діагнозів (наприклад, діагнозу «психопатія») у хворих на шизофренію в рази перевищує помилки зворотного змісту [4]. При цьому стан пацієнтів, яким встановлений діагноз «параноїдна шизофренія», описується кластерами симптомів, унікальними для кожної окремої людини.

Між тим клінічна та експертна практика потребують точної і своєчасної діагностики.

В світлі сказаного особливої значущості набувають непрямі, «малі» ознаки захворювання, які стало супроводжують його формування і розвиток, зокрема, обставини минулого і поточного життя пацієнта.

З огляду на сказане вище, робочою гіпотезою дослідження стала думка про те, що комплексне використання сукупності соціально-демографічних характеристик пацієнтів, дозволить суттєво підвищити якість діагностики ПШ.

Мета роботи полягала в оціненні діагностичної значущості соціально-демографічних характеристик хворих на ПШ та можливості їхнього використання для підвищення надійності розпізнавання цього психічного розладу з використанням сучасних методів комплексного урахування різномірних ознак.

Робота проведена на базі відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та нар-

кології НАМН України» (м. Харків) та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3». Було обстежено у стаціонарі 107 осіб чоловічої статі, хворих на ПШ, з безперервним типом перебігу (середній вік — $36,45 \pm 0,91$ роки, середній стаж захворювання на ПШ — $10,91 \pm 0,89$ роки). Групу порівняння склали 70 здорових чоловіків-добровольців (середній вік — $36,53 \pm 1,74$ роки).

Збирання анамнестичних, соціально-демографічних даних про обстежених осіб здійснювали за допомогою відповідних модулів стандартного опитувальника ASI (Addiction Severity Index — ASI), а саме: модуля G (General information), присвяченого загальній інформації про пацієнта; модуля E (Educational information), присвяченого освіті, роботі, опису засобів до існування; а також модуля F (Family and social bonds), присвяченого власній родині пацієнта та його соціальним зв'язкам [5].

Оброблення даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний, регресійний аналіз, розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності (MI) Кульбака для ознак, що вивчались) [6, 7] на комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 та Excel (з пакету Microsoft Office 2013).

В процесі дослідження було проаналізовано цілу низку кількісних та якісних соціально-демографічних характеристик на предмет можливості їхнього використання як діагностичних маркерів ПШ.

Так, було встановлено, що хворі на ПШ мали достовірно більші середні терміни тривалості збереження поточного сімейного стану на момент обстеження, ніж здорові особи (табл. 1), що пояснюється відносно частішим проживанням хворих із своїми батьками, без спроб створити власну сім'ю.

Таблиця 1. Кількісні демографічні та анамнестичні показники обстеженого контингенту

Ознаки	Середні значення ($M \pm m$)		p
	Хворі (n = 107)	Здорові (n = 70)	
Тривалість проживання за останньою адресою, роки	$22,25 \pm 1,28$	$24,26 \pm 1,58$	—
Загальна тривалість періоду освіти, роки	$12,18 \pm 0,26$	$12,68 \pm 0,31$	—
Тривалість збереження поточного сімейного стану, роки	$14,21 \pm 0,83$	$10,17 \pm 0,94$	0,00075
Кількість близьких друзів, осіб	$2,80 \pm 0,39$	$1,80 \pm 0,17$	0,01024
Тривалість трудового стажу за останнім місцем роботи, місяці	$26,39 \pm 4,21$	$87,55 \pm 10,62$	< 0,00001

Примітки. Значення подано у форматі «Середнє арифметичне \pm стандартна похибка середнього арифметичного» ($M \pm m$); p — Достовірність різниць між групами порівняння (показано лише значення $p < 0,05$)

Водночас, хворі на ПШ мали достовірно більшу, ніж здорові особи, середню кількість близьких друзів (див. табл. 1). Це, на перший погляд, виглядає дивним, з огляду на звичні для пацієнтів цієї категорії комунікативні труднощі, однак більш детальний аналіз прояснив ситуацію. На відміну від практично здорових осіб, пацієнти з ПШ або зовсім не мали близьких друзів, або вважали друзями будь-яких знайомих, включно знайдених через соціальні мережі, кількість яких іноді сягала кількох десятків. Це свідчить, з одного боку — про труднощі встановлення по-справжньому близьких, довірчих відносин у хворих на ПШ, а з іншого — про те, що в них поняття «близький друг» відрізняється від загальноприйнятого розуміння (в більшості випадків йшлося про формально товариські стосунки).

Істотні різниці між групами порівняння за показником тривалості трудового стажу за останнім місцем роботи (див. табл. 1) є простим наслідком того, що більшість хво-

рих на ПШ на момент обстеження перебували в статусі інвалідів і не працювали. Щодо тривалості проживання за останньою адресою і за загальною тривалістю періоду освіти, то достовірних різниць за усередненими показниками цих характеристик між групами порівняння виявити не вдалося (див. табл. 1).

В процесі аналізу якісних характеристик, що описують ставлення обстежених до служби в армії, було встановлено, що найбільш інформативним маркером наявності ПШ є звільнення із лав збройних сил через наявність інших (окрім психопатії) захворювань. Частота цієї ознаки в групі хворих була в 10,25 рази більшою, ніж в групі здорових.

Навпаки, найбільш інформативним маркером відсутності ПШ була служба в військово-будівельних частинах протягом повного строку (табл. 2). Щодо інших варіантів ставлення до військової служби, то вони виявились неінформативними маркерами наявності/відсутності ПШ.

Таблиця 2. Якісні демографічні та анамнестичні показники обстеженого контингенту як маркер наявності/відсутності ПШ

Ознаки	Частоти ознак				$p^{1)}$	Відношення частот (А/В)	ДК ²⁾	MI ²⁾	
	абс., осіб		відн., %						
	Хворі (n = 107)	Здорові (n = 70)	Хворі (А)	Здорові (В)					
Ставлення до служби в армії									
Повний строк у стройових частинах	27	32	25,23	45,71	0,00161	0,55	-2,58	0,26	
Повний строк у військово-будівельних частинах	1	16	0,93	22,86	0,00009	0,04	-13,88	1,52	
Звільнення від служби через психопатію	8	1	7,48	1,43	—	—	—	—	
Звільнення через інші захворювання	47	3	43,93	4,29	< 0,00001	10,25	10,11	2,00	
Не служив через судимість	8	1	7,48	1,43	—	—	—	—	
Не служив з іншої причини	16	17	14,95	24,29	—	—	—	—	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів									3,78
Наявність професії або професійних навичок									
Є	80	63	74,77	90,00	0,01016	0,83	-0,81	0,06	
Немає	27	7	25,23	10,00	0,01016	2,52	4,02	0,31	
Наявність дійсного водійського посвідчення									
Є	25	35	23,36	50,00	0,00014	0,47	-3,30	0,44	
Немає	82	35	76,64	50,00	0,00014	1,53	1,85	0,25	
Наявність власного автомобіля									
Є	8	33	7,48	47,14	< 0,00001	0,16	-8,00	1,59	
Немає	99	37	92,52	52,86	< 0,00001	1,75	2,43	0,48	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів									3,13
Звичайний (або останній) рід занять									
Студент вишів	3	1	2,80	1,43	—	—	—	—	
Військовослужбовець	2	1	1,87	1,43	—	—	—	—	
Торговельний працівник приватного сектора	1	6	0,93	8,57	0,01560	0,11	-9,62	0,37	
Робочий державного сектора	7	14	5,61	20,00	0,00676	0,33	-4,85	0,33	
Робочий приватного сектора	16	15	14,02	21,43	—	—	—	—	
Службовець державного сектора	0	6	0,00	8,57	0,00395	0,11	-9,62	0,37	
Службовець приватного сектора	1	18	0,93	25,71	< 0,00001	0,04	-14,40	1,78	
Безробітний	21	7	17,76	10,00	—	—	—	—	
Інвалід	63	2	57,01	2,86	< 0,00001	20,61	13,14	3,68	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів									6,53
Наявність матеріальної підтримки									
Чи допомагає хто-небудь матеріально?	Так	87	33	81,31	47,14	< 0,00001	1,72	2,37	0,40
	Ні	20	37	18,69	52,86	< 0,00001	0,35	-4,51	0,77
Чи є ця допомога основним джерелом засобів до існування?	Так	40	5	37,38	7,14	< 0,00001	5,23	7,19	1,09
	Ні	67	65	62,62	92,86	0,00764	0,67	-1,71	0,26
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів									2,52
Найбільш характерний тип роботи за останні 3 роки									
Повний робочий день	10	48	9,35	68,57	< 0,00001	0,14	-8,66	2,56	
Неповний робочий день (погодинно)	7	8	6,54	11,43	—	—	—	—	
Неповний робочий день (епізодично)	10	6	9,35	8,57	—	—	—	—	
Студент	3	1	2,80	1,43	—	—	—	—	
Військовослужбовець	2	1	1,87	1,43	—	—	—	—	
Пенсіонер або інвалід	60	0	56,07	0,00	< 0,00001	39,25	15,94	4,35	
Безробітний	14	6	13,08	8,57	—	—	—	—	
В тюрмі або лікарні	1	0	0,93	0,00	—	—	—	—	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів									6,91

Продовження табл. 2

Ознаки	Частоти ознак				p	Відношення частот (A/B)	ДК	МІ	
	абс., осіб		відн., %						
	Хворі (n=107)	Здорові (n=70)	Хворі (A)	Здорові (B)					
Сімейний стан									
Одружений (замужем) першим шлюбом	3	31	2,80	44,29	< 0,00001	0,06	-11,99	2,49	
Повторно одружений (замужем)	4	17	3,74	24,29	0,00005	0,15	-8,13	0,83	
Удівець (удова)	2	2	1,87	2,86	—	—	—	—	
Живе окремо	2	0	1,87	0,00	—	—	—	—	
Розведений(а)	18	9	16,82	12,86	—	—	—	—	
Холостий (незаміжня)	78	11	72,90	15,71	< 0,00001	4,64	6,66	1,91	
Задоволеність сімейним станом	Так	46	43	42,99	61,43	—	—	—	
	Байдуже	15	15	14,02	21,43	—	—	—	
	Ні	46	13	42,99	18,57	0,00006	2,31	3,65	0,45
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів								5,68	
Типове проживання									
З партнером і дітьми	7	37	6,54	52,86	< 0,00001	0,12	-9,07	2,10	
Тільки з партнером	6	11	5,61	15,71	0,02439	0,36	-4,48	0,23	
З дітьми	0	2	0,00	2,86	—	—	—	—	
З батьками	69	31	64,49	44,29	0,00629	1,46	1,63	0,16	
З іншими членами родини	5	6	4,67	8,57	—	—	—	—	
З друзями	1	0	0,93	0,00	—	—	—	—	
Один	19	4	17,76	5,71	0,01781	3,11	4,92	0,30	
У тюрмі/лікарні	3	0	2,80	0,00	—	—	—	—	
Немає постійного місця	0	2	0,00	2,86	—	—	—	—	
Задоволеність типовим проживанням	Так	60	41	56,07	58,57	—	—	—	
	Байдуже	10	11	9,35	15,71	—	—	—	
	Ні	37	18	34,58	25,71	—	—	—	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів								2,79	
Наявність співмешканців з аддиктивним та/або іншими психічними та поведінковими розладами									
Курить тютюн	27	46	25,23	65,71	< 0,00001	0,38	-4,16	0,84	
Має проблеми з алкоголем	10	28	9,35	40,00	< 0,00001	0,23	-6,31	0,97	
Має проблеми з іншими ПАР	1	10	0,93	14,29	0,00052	0,07	-11,84	0,79	
Має нехімічні аддикції	0	9	0,00	12,86	0,00027	0,07	-11,39	0,68	
Інші психічні проблеми (крім аддикцій)	9	25	8,41	35,71	< 0,00001	0,24	-6,28	0,86	
Жодних проблем	60	0	56,07	0,00	< 0,00001	39,25	15,94	4,35	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів								8,49	
Типове дозвілля									
З родиною	40	19	37,38	27,14	—	—	—	—	
З друзями	29	41	27,10	58,57	0,00005	0,46	-3,35	0,53	
На самоті	38	10	35,51	14,29	0,00077	2,49	3,95	0,42	
Задоволеність типовим дозвіллям	Так	73	46	68,22	65,71	—	—	—	
	Байдуже	7	12	6,54	17,14	0,00935	0,38	-4,18	0,22
	Ні	27	12	25,23	17,14	—	—	—	
Сумарна інформативність (ΣMI) маркерів								1,17	

Примітки: ¹⁾ — достовірність різниць між групами порівняння розрахована точним методом Фішера (ТМФ); наведені лише значення $p < 0,05$. ²⁾ — При розрахунку ДК та МІ «нульові» значення абсолютних частот замінювали на одиничні (за Е. В. Гублером, 1978)

Окрім того, як маркери наявності ПШ були визначені відсутність професії та професійних навичок, що пояснюється характерною для даного захворювання негативною симптоматикою (апатія, відсутність спонукання до дій), а також когнітивними порушеннями.

При цьому маркерами відсутності ПШ є такі (останні або звичні) роди занять: службовець (як приватного,

так і державного секторів), робочий державного сектора та торговельний працівник приватного сектора. Відмінності між групами порівняння щодо інших родів занять виявились статистично незначущими.

Ще одним маркером відсутності ПШ виявилась трудова зайнятість протягом повного робочого дня, оскільки лише 9,35 % хворих були спроможні працювати за таким

графіком. Щодо інших варіантів типу роботи, то вони виявились неінформативними маркерами наявності/відсутності ПШ.

Звертає на себе увагу той факт, що найбільш характерним джерелом засобів до існування для більш ніж половини хворих була пенсія за інвалідністю. Це пов'язано з тривалою та стійкою втратою працездатності внаслідок особливостей перебігу хвороби. Водночас характерними були часті зміни місць роботи, а також часті і тривалі перерви у трудовій діяльності з тенденцією до зниження кваліфікації.

Додаткову матеріальну підтримку на момент дослідження у будь-якому вигляді отримували 81,31 % хворих на ПШ і 47,14 % здорових. При цьому ця допомога була основним джерелом засобів до існування для 37,38 % хворих (маркер наявності ПШ) і лише для 7,14 % здорових. Отже ми бачимо, що більшість хворих мають підтримку з боку родичів чи знайомих, проте очевидним є низький рівень соціального забезпечення досліджуваної категорії населення.

Було виявлено низьку сімейну адаптацію у хворих на ПШ, що цілком відповідає сучасним уявленням з цього приводу. Для таких пацієнтів характерний низький рівень шлюбності у порівнянні з загальною популяцією. Серед хворих на ПШ неодруженими виявились 72,90 % осіб (маркер наявності ПШ). При цьому 42,99 % хворих були не задоволені своїм сімейним станом. Отже, незважаючи на притаманну пацієнтам з ПШ соціальну відгородженість, відчуженість і апатію, питання наявності власної повноцінної сім'ї для них насправді є важливим і актуальним. Проте обмежена здатність до ведення незалежного способу життя, складність у вирішенні сімейно-побутових проблем, серйозна дисфункція виконання соціальних ролей, які передбачають підвищені вимоги до самостійності, прояву ініціативи тощо, істотно впливають на можливість цієї категорії пацієнтів задовольнити свою потребу щодо створення власної родини.

Таким чином, маркером відсутності ПШ є така ознака, як одруження (як першим, так повторним шлюбом).

Ці висновки знайшли підтвердження і за результатами аналізу проживання хворих на ПШ (у власній сім'ї чи з родичами) протягом останніх трьох років. Проживання з батьками чи на самоті виявились маркерами наявності ПШ. Відповідно, маркерами відсутності ПШ стало проживання з партнером та/або з власними дітьми. Інші варіанти виявились неінформативними маркерами щодо хвороби, про яку йдеться.

В процесі аналізу даних також було виявлено низький рівень соціальних контактів, зокрема істотні відмінності у групах порівняння за типом проведення дозвілля. Переважна більшість здорових надає перевагу дозвіллю із друзями (маркер відсутності ПШ), в той час як переважна більшість хворих проводила свій вільний час на самоті (маркер наявності ПШ). Варто звернути увагу на те, що хворі на ПШ значно меншою мірою виявили байдужість до типу проведення свого дозвілля. Але втрата наявних контактів, зниження соціальної активності, формування замкненого, соціально дезадаптуючого кола спілкування в поєднанні з апато-абулічним чи апато-дисоціативним типом шизофренічного дефекту перешкождали побудові нових соціальних зв'язків.

Відомо, що мікросоціальні чинники відіграють дуже важливу роль у житті кожної людини, та особливо важливими до цих чинників є психічно хворі пацієнти. До мікросоціальних чинників належать: сімейний стан, підтримка і залученість рідних, негативний вплив у сім'ї.

За результатами аналізу групи порівняння на предмет наявності співмешканців, що мають проблеми, пов'язані із аддикціями чи іншими психічними та поведінковими розладами, було виявлено таке. Співмешканці у групі здорових добровольців частіше мають проблеми наркологічного та психіатричного профілю. Отже ці ознаки стали маркерами відсутності ПШ.

Проте слід зазначити, що 56,07 % хворих на ПШ відповіли, ніби їх співмешканці не мали жодних з перелічених вище проблем, при цьому у контрольній групі такої відповіді не дав жоден пацієнт. Але це навряд чи свідчить про дійсну відсутність таких проблем. Ймовірно, хворі на ПШ частіше виявляють неухважність або байдужість до навколишніх подій, вони не долучаються до сімейних справ, не в змозі надати об'єктивну інформацію. Ці дані теж вказують на наявні проблеми із міжособистісним спілкуванням у хворих на ПШ.

Оцінка MI для кожної з проаналізованих ознак дозволила визначити сумарні інформативності (ΣMI) груп маркерів наявності/відсутності ПШ (табл. 2), що зведені і розташовані в порядку зменшення їхніх величин у таблиці 3.

Таблиця 3. Порівняльний аналіз сумарної інформативності (ΣMI) груп маркерів наявності/відсутності ПШ

№ з/п	Назва групи маркерів	ΣMI
1	Наявність/відсутність співмешканців, що мають проблеми, пов'язані із аддикціями чи іншими психічними та поведінковими розладами	8,49
2	Найбільш характерний тип роботи за останні 3 роки	6,91
3	Звичайний (або останній) рід занять	6,53
4	Сімейний стан і задоволеність ним	5,68
5	Ставлення обстежених осіб до служби в армії	3,78
6	Наявність професії або професійних навичок, дійсного водійського посвідчення та власного автомобіля	3,13
7	Типове проживання обстежених осіб (за останні 3 роки) і задоволеність ним	2,79
8	Наявність матеріальної підтримки	2,52
9	Типове дозвілля і задоволеність ним	1,17

Як можна бачити (див. табл. 3), найбільш інформативними виявились групи маркерів, що стосуються наявності/відсутності співмешканців з проблемами, пов'язаними із аддикціями чи іншими психічними та поведінковими розладами; найбільш характерного типу роботи за останні 3 роки; звичайного (або останнього) роду занять; а також сімейного стану і задоволеності ним.

Таким чином, одержані в ході виконання роботи результати добре узгоджуються з відомими уявленнями про те, що хворі на ПШ уразливі практично в усіх сферах соціального функціонування.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. Підтверджено, що за своїми соціально-демографічними характеристиками хворі на параноїдну шизофренію істотно відрізняються від практично здорових осіб, і тому зазначені характеристики можуть бути використані як додаткові діагностичні маркери наявності/відсутності зазначеного розладу, що стає особливо актуальним в разі схильності пацієнтів до дисимуляції.

2. Встановлено, що серед нетривіальних (таких, що не впливають з вже встановленого діагнозу або його наслідків) соціально-демографічних характеристик найбільш діагностично значущими та інформативними маркерами наявності параноїдної шизофренії є:

— відсутність (зі слів хворого) співмешканців з адиктивним та/або іншими психічними та поведінковими розладами (ДК = 15,94; MI = 4,35);

— ставлення до служби в армії: звільнення із збройних сил через наявність інших (окрім психічних) захворювань (ДК = 10,11; MI = 2,00);

— сімейний стан: холостий (незаміжня) (ДК = 6,66; MI = 1,91);

— незадоволеність поточним сімейним станом (ДК = 3,65; MI = 0,45);

— типове дозвілля: на самоті (ДК = 3,95; MI = 0,42);

— відсутність професії або професійних навичок (ДК = 4,02; MI = 0,31);

— типове проживання: наодинці (ДК = 4,92; MI = 0,30) або з батьками (ДК = 1,63; MI = 0,16);

3. Показано, що серед нетривіальних (таких, що не впливають з вже встановленого діагнозу або його наслідків) соціально-демографічних характеристик найбільш діагностично значущими та інформативними маркерами відсутності параноїдної шизофренії є:

— сімейний стан: одружений (замужем) першим (ДК = -11,99; MI = 2,49) або повторним шлюбом (ДК = -8,13; MI = 0,83);

— типове проживання: з партнером і дітьми, (ДК = -9,07; MI = 2,10) або тільки з партнером (ДК = -4,48; MI = 0,23);

— ставлення до служби в армії: повний строк у військово-будівельних (ДК = -13,88; MI = 1,52) або у стройових частинах (ДК = -2,58; MI = 0,26);

— наявність співмешканців, що мають проблеми з алкоголем (ДК = -6,31; MI = 0,97), курять тютюн (ДК = -4,16; MI = 0,84); мають проблеми з іншими психоактивними речовинами (ДК = -11,84; MI = 0,79), мають аддикції нехімічного походження (ДК = -11,39; MI = 0,68), мають психічні проблеми, не пов'язані з аддикціями (ДК = -6,28; MI = 0,86);

— типове дозвілля: з друзями (ДК = -3,35; MI = 0,53).

Подальша робота буде спрямована на виявлення інших діагностично значущих маркерів наявності/відсутності ПШ з метою підвищення надійності ідентифікації цього психічного розладу в діагностично складних ситуаціях.

Список літератури

1. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008—2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни [Текст] / [І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко] // Архів психіатрії. — 2013. — № 1 (72). — С. 11—17.

2. Петрюк П. Т. К изучению клиники параноидной формы шизофрении (обзор литературы) [Текст] / П. Т. Петрюк // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1—2. — С. 122—130.

3. Ениколопов С. Н. Стигматизация и проблема психического здоровья [Электронный ресурс] / С. Н. Ениколопов // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. — 2013. — Режим доступа : http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088_full.shtml

4. Теоретические и практические аспекты функционального диагноза шизофрении в судебной психиатрии [Текст] // Функциональный диагноз в судебной психиатрии : коллективная монография / Ф. В. Кондратьев, С. Н. Осколкова. — М., 2000. — С. 31—59.

5. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index [Text] / A. T. McLellan, L. Luborsky, G. E. Woody [et al.] // J. Nerv Ment Dis. — 1980. — Vol. 168. — № 1. — P. 26—33.

6. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

7. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев : «Моріон», 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 18.03.2016 р.

ЮРЧЕНКО Ольга Миколаївна, аспірант відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, e-mail: yurchenko_olya@yahoo.com

YURCHENKO Olha, Postgraduate Student of Department of emergency psychiatry and narcology of the State Institution "Institute of neurology, psychiatry and narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: yurchenko_olya@yahoo.com