

А. М. Кушнір

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МАРШРУТИ ОСОБЛИВО СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А. Н. Кушнір

Реабилитационные маршруты особо общественно опасных больных шизофренией

A. M. Kushnir

Rehabilitation routes of the socially dangerous schizophrenic patients

Мета досліджень — на ґрунті структурно-семантичного підходу до функціонального діагнозу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію розробити напрямки та заходи комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм (КДЛРП). Проведено популяційне поперечне дослідження «серії випадків», «випадок-контроль» 511 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння (СНД). В основу розподілу на групи порівняння покладений психопатологічний механізм реалізації (МР) СНД: до дослідження включені 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД (I група) та 127 хворих з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД (II група). Встановлено достовірні розбіжності показників функціонального (реабілітаційного) діагнозу для кожної з досліджених груп і на цьому ґрунті розроблено диференційовані за психопатологічним механізмом реабілітаційні маршрути в умовах застосування примусових заходів медичного характеру. Оцінка результативності запропонованих КДЛРП показала достатній рівень їх ефективності щодо редукції психопатологічної симптоматики, суспільної небезпеки та позитивного відгуку на терапію в суспільно небезпечних хворих на шизофренію в умовах застосування до них примусових заходів медичного характеру.

Ключові слова: шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, повторні особливо суспільно небезпечні діяння, медико-соціальна реабілітація

Цель исследований — на основе структурно-семантического подхода к функциональному диагнозу особо опасных больных шизофренией разработать направления и мероприятия комплексных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ (КДЛРП). Проведено популяционное поперечное исследование «серии случаев», «случай-контроль» 511 мужчин, больных параноидной шизофренией, совершивших особо тяжкие общественно опасные деяния (ООД). В основу разделения на группы положен психопатологический механизм реализации (МР) деликта: в исследование вошли 251 больной с продуктивно-психотическим (П-П) МР ООД (I группа) и 127 больных с негативно-личностным (Н-Л) МР ООД (II группа). Установлены достоверные различия показателей функционального (реабилитационного) диагноза для каждой из исследованных групп и на этой основе разработаны дифференцированные по психопатологическим механизмам реабилитационные маршруты в условиях применения принудительных мер медицинского характера. Оценка результативности предложенных КДЛРП показала достаточный уровень их эффективности, а именно: редукции психопатологической симптоматики, общественной опасности и положительного отклика на терапию в особо опасных больных шизофренией в условиях применения к ним принудительных мер медицинского характера.

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные деяния против жизни личности, повторные общественно опасные деяния, медико-социальная реабилитация

The purpose of the research is to develop the directions and measures of complex differentiated treatment and rehabilitation programs (CDTRP) on the basis of the structural and semantic approach to the functional diagnosis of especially socially dangerous schizophrenic patients. A cross-sectional, case series, case control study of 511 men population with paranoid schizophrenia, who committed grave and especially grave social dangerous act (SDA) were conducted. On the base of assign in the comparison group laid the psychopathological mechanism (PM): the study included 251 patients with productive-psychotic (P-P) PM SDA (I group) and 127 patients with negative-personal (N-P) PM SDA (II group). Authentic differences in the functional (rehabilitation) diagnosis indicators for each of the groups studied were established, and on this basis the rehabilitation routes, differentiated by the psychopathological mechanism, were developed in conditions of court-ordered treatment. Evaluation of the effectiveness of the proposed CDTRP showed a sufficient level of their effectiveness relative to the reduction of psychopathological symptomatology, public danger and positive response to therapy in especially socially dangerous schizophrenic patients in conditions of court-ordered treatment.

Keywords: schizophrenia, socially dangerous acts against the life of a person, repeated especially socially dangerous acts, medico-social rehabilitation.

Сучасний системний підхід до прикладних наукових розробок, зокрема реабілітації хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння (СНД) проти життя особи (ПЖО), передбачає використання структурно-семантичної моделі. Підґрунтям евристичної діяльності (у межах зазначеної моделі), спрямованої на розв'язання цілей і завдань примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ), — здебільше це стосується усунення суспільної небезпеки хворих — є принцип розроблення сепаратних комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм (КДЛРП) для пацієнтів з різними механізмами реалізації (МР) СНД. Вони мають враховувати семантичні (змістовні) зв'язки між соціально-демографічними, клініко-психопатологічними, психологічними особливостями (зокрема соціальне функціонування — СФ, мікро- та мікросоціальні взаємодії, наркологічний статус) таких хворих, а також судово-психіатричними аспектами вчиненого СНД. Ці взаємини постають до-

ступними для верифікації завдяки аналізу взаємозв'язків поміж достовірними ознаками функціонального діагнозу таких пацієнтів. Інакше кажучи, ми дотримуємося очевидної точки зору, що детермінанти суспільної небезпеки хворих на шизофренію не можуть постійно перебувати у застиглому стабільному стані, і зміни, наприклад, на рівні «Синдрому» призводять до відповідних зсувів в інших складниках суспільної небезпеки (СН), як-от «Особистість» та «Ситуація». При цьому, стосовно зокрема «Ситуації» йдеться про такі зміни у поведінці та реагуванні хворого, при яких зменшується/збільшується ймовірність вчинення ним СНД, а різні особливості «Особистості» перебувають у відповідній своєрідній «рівновазі», себто є взаємним підґрунтям, потенціюють/нівелюють одна іншу.

Тобто розроблення оптимальних (за кількістю реабілітаційних втручань) та ефективних КДЛРП для особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію треба здійснювати як з урахуванням структурних та функціональних складників їх реабілітаційного діагнозу, так

і з акцентом на дослідження сили, типу та спрямованості взаємозв'язків між його компонентами на рівні окремих показників.

Зазначене і зумовило мету дослідження — на ґрунті структурно-семантичного підходу до функціонального діагнозу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію розробити напрямки та заходи комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм.

Дизайн дослідження: популяційне, поперечне, «серії випадків», «випадок-контроль».

На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом (м. Дніпро) проведено популяційне дослідження усіх чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО в Україні — вичерпно повна репрезентативна вибірка. Всього обстежено 511 пацієнтів у віці від 16 до 76 років (середній вік — $39,72 \pm 0,50$ років), переважно з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30 %), здебільшого — з безперервним типом перебігу. За ознакою психопатологічного МР СНД пацієнти були поділені на дві групи: продуктивно-психотичний (П-П) МР СНД встановлений у 251 хворого (I група), негативно-особистісний (Н-О) МР СНД — у 127 хворих (II група). Завдяки процедурі кластеризації 112 обстежуваних зі змішаним МР СНД віднесені до I або II групи.

Для виокремлення маркерів-мішеней КДЛРП проведений компаративний аналіз показників за осями функціонального (реабілітаційного) діагнозу хворих відповідно до досліджених груп. З аналізу були виведені 54 обстежуваних у зв'язку з невідповідністю критеріям включення або неповними даними за одним/декількома методами дослідження.

Для усіх ознак, частота яких в групах порівняння була достовірно різною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (МІ) [1].

Встановлення взаємозв'язків між компонентами функціонального діагнозу на рівні окремих складників реалізовували за допомогою кореляційного аналізу з розрахунками коефіцієнтів кореляції та створенням кореляційної матриці для усіх показників. З урахуванням обсягу досліджених вибірок достовірними вважали значення коефіцієнта кореляції 0,2 (на рівні $p < 0,05$), силу зв'язку оцінювали традиційним способом ($0,20 < r < 0,3$ — слабкий кореляційний зв'язок, $r = 0,4—0,6$ — зв'язок середньої сили, $r > 0,7$ — високостовірний, сильний зв'язок), від'ємні значення коефіцієнта кореляції свідчили про оборотний зв'язок між ознаками, додатні — про прямий.

Для оцінювання результативності запропонованих заходів обстежувани через рандомізацію за допомогою таблиці випадкових чисел були поділені на дві групи. До I основної і I контрольної увійшли 125 та 126 пацієнтів з П-П МР СНД, відповідно, а до II основної і II контрольної — 64 та 63 хворих з Н-О МР СНД, відповідно. В основних групах були застосовані розроблені КДЛРП в структурі пацієнт-центрованої медико-соціальної реабілітації (М-СР), хворі контрольних груп отримували традиційне лікування.

Оцінювання результативності застосованих КДЛРП проводили за такими трьома параметрами:

а) динаміка (редукція) ступеня тяжкості психопатологічної симптоматики (Psychopathological Symptoms Severity — PSS), тобто різниця в її рівнях до та після лікувально-реабілітаційного втручання (ΔPSS), визначена за такою, загальноприйнятною у вітчизняній психіатрії шкалою, що має 7 градацій, а саме: «значне покращан-

ня» — +3 бали, «помірне покращання» — +2 бали, «незначне покращання» — +1 бал, «без змін» — 0 балів, «незначне погіршення» — -1 бал, «помірне погіршення» — -2 бали, «значне погіршення» — -3 бали.

Загальну динаміку психопатологічної симптоматики у групах розраховували таким способом: $\Delta PSS_{група} = N_{PSS}/N$ — відношення хворих з редукцією симптоматики (N_{PSS}) до загальної кількості пацієнтів в групі (N), коефіцієнт ефективності встановлювали розрахунком різниці ΔPSS_E між групами: $\Delta PSS_E = \Delta PSS_{I_{осч}} - \Delta PSS_{I_{контр}}$. При цьому чим більшим було значення коефіцієнта ефективності, тим більше відрізнялася ефективність втручання;

б) динаміка (редукція) ступеня суспільної небезпеки хворого, включаючи алло- та аутоагресивну поведінку (Public Danger Rate — PDR), тобто різниця в її рівнях до та після лікувально-реабілітаційного втручання (ΔPDR), що визначали в процесі клінічного інтерв'ю за одним з трьох значень, а саме: «суспільна небезпека відсутня» — 0 балів, «пасивний тип суспільної небезпеки» — 1 бал, «активний тип суспільної небезпеки» — 2 бали. Загальну динаміку у групах розраховували аналогічним способом як і динаміку психопатологічних симптомів: $\Delta PDR_E = N_{PDR_{осч}}/N_{осч} - N_{PDR_{контр}}/N_{контр}$;

в) частота випадків позитивної відповіді на терапію (Positive Therapy Response — PTR), що встановлювали через відношення кількості пацієнтів з такою відповіддю (n_{PTR}) до загальної кількості хворих відповідної групи (N): n_{PTR}/N .

Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 і MS Excel v.8.0.3 [2].

На ґрунті структурно-семантичної моделі проаналізовано змістовні зв'язки між соціально-демографічними, клініко-психопатологічними, психологічними особливостями (включаючи СФ, мікро- та мікросоціальні взаємодії, наркологічний статус), а також судово-психіатричними аспектами вчиненого СНД у популяції особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Результати проведених досліджень вказують на те, що заходи КДЛРП в структурі М-СР таких пацієнтів мають ґрунтуватися на розгорнутому, всебічному оцінюванні їхнього стану на засадах функціонального діагнозу і бути суворо диференційованими за психопатологічним механізмом реалізації ними СНД [3—8].

Отримані дані підтвердили доцільність і наголошують на необхідності збереження існуючого у судово-психіатричній практиці індивідуального підходу до вирішення питання припинення чи продовження ПЗМХ та умов тримання при їх застосуванні у кожному конкретному випадку. Це зумовлено результатами дослідження, які дозволили спростувати твердження про формування синдрому госпіталізму при довготривалому застосуванні ПЗМХ у хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО. Декларовані уявлення щодо зниження рівнів СФ, психічної та соціально-психологічної адаптації, а також погіршення психічного стану, негативного перебігу шизофренії тощо, завдяки їх тривалому триманню в умовах психіатричного стаціонару з суворим наглядом, суперечать висновкам, отриманим під час аналізу сили та спрямованості кореляційних взаємозв'язків між тривалістю ПЗМХ та усіма показниками за методами проведеного популяційного дослідження. Навпаки, слід зазначити загальний позитивний вплив (за винятком окремих ознак) тривалих ПЗМХ на показники психічного статусу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Зокрема, у пацієнтів з П-П МР СНД достовірно, за умов тримання в психіатричному стаціонарі, знизилась рівень тривоги ($r = -0,21$), частота внутрішніх та зовнішніх форм аутоагресивної поведінки ($r = -0,21$), труднощі контролю власної люті та агресивна поведінка ($r = -0,21$) (однак зі збереженням елементів антисоціальної [$r = 0,48$] на тлі провокаційної поведінки лікаря з діагностичною метою під час обстеження), частота галюцинаторних переживань ($r = -0,21$), також зворотного зв'язку набули грубість і безтактовність ($r = -0,60$, $r = -1,00$, відповідно).

У хворих II групи нівелювалися ознаки антисоціальної поведінки ($r = -0,48$), та спостерігали позитивне та активне ставлення до обстеження і лікування ($r = 0,37$, $r = 0,48$). У межах цієї групи тривала госпіталізація була зворотно, середньої сили кореляціями пов'язана з експлозивністю ($r = -0,39$), слабкістю і лабільністю емоцій ($r = -0,45$, $r = -0,55$, відповідно), емоційною тупістю ($r = -0,41$), відсутністю емоційного резонансу ($r = -0,33$), парадоксальністю ($r = -0,26$), амбівалентністю емоцій ($r = -0,37$), тобто зі зменшенням проявів цих ознак. Але, треба вказати на наростання у них грубості та безтактовності ($r = 0,78$, $r = 0,39$), що можна пояснити «слідовими», залишковими проявами експлозивності, лабільності та парадоксальності тощо емоцій на тлі психопатоподібного або змішаного параноїдного і психопатоподібного дефекту особистості у 58 % обстежуваних.

Крім того, встановлено відсутність достовірних кореляцій між часом перебування хворих у лікарні «закритого» типу та рівнем їх загального СФ (включаючи самообслуговування, сімейну роль, функціонування у загальносоціальному розумінні, соціально припустиму поведінку, трудову діяльність, ступінь обмеження працездатності, за винятком двох вищевказаних показників), а також особистісними особливостями таких пацієнтів, їх міжособистісними відносинами та компонентами реабілітаційного діагнозу.

Також підтверджено провідну роль психопатологічної симптоматики, переважно негативної (при меншому значенні загальних симптомів [G8 — G16] та продуктивних [P2, P7]) і її вираженості (середні значення за шкалами та загальний бал PANSS) у виникненні дисфункції за усіма сферами СФ особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Зумовленість дисфункції у СФ обстежуваних саме шизофренією співвідноситься і з отриманими даними про суттєву сумарну діагностичну цінність і інформативність маркерів-мішеней клініко-психопатологічного блоку (показники психічного статусу) та їх першим рейтинговим місцем як в структурі функціонального (реабілітаційного) діагнозу, так і в необхідних черговості й обсязі заходів М-СР.

Тобто встановлено, що саме застосування адекватної психофармакотерапії відіграє першочергову провідну роль у відновленні/покращанні СФ зазначеного контингенту, а також у зменшенні їх суспільної небезпеки.

Психопатологічна симптоматика впливала і на індивідуальні типологічні властивості (ІТВ) досліджуваного контингенту, динаміку акцентуацій їх характеру, міжособистісні відносини. Зокрема, тривожність (G2), депресія (G6) у досліджуваних I групи були пов'язані зі зменшенням здатності до «компромісності» за індивідуальним типологічним опитувальником ($r = -0,20$ та $r = -0,22$, відповідно), а наявність маревних ідей (P1) призводила до декомпенсації тривожної акцентуації характеру ($r = 0,23$). У пацієнтів з Н-О МР СНД встановлені прямі кореляційні зв'язки між маревними ідеями (P1)

та інтроверсією ($r = 0,22$); імпульсивністю (G14), вольовими порушеннями (G13), недостатністю спонтанності/плавності мови (N6), порушеннями абстрактного мислення (N5) та компромісністю ($r = 0,28$, $r = 0,27$, $r = 0,26$, $r = 0,20$, відповідно), — зі збільшенням вираженості симптомів шизофренії посилювалися і ці особистісні тенденції.

Тобто, фармакологічна редукція психопатологічної симптоматики шизофренії призводить до терапевтичних змін вказаних ІТВ в обстежуваних обох груп.

Отримані в процесі дослідження дані свідчили, з іншого боку, про необхідність зваженого, продуманого підходу до психо- та фармакокорекції певних складників суспільної небезпеки обстежуваних у структурі «Синдрому» та «Особистості» (через їх взаємопов'язаність). Вони вказували на потребу в реалізації КДЛРП з «оглядом» на необхідність різноспрямованих, у деяких випадках, зусиль щодо одночасної нейтралізації чинників ризику антиризик повторних СНД та відновлення СФ хворих. Наприклад, досягнення регресу маревних ідей (P1) на тлі лікування хворих II групи достовірно призведе до зменшення їх особистісної тенденції до інтроверсії, яке, в свою чергу, сприятиме підвищенню спонтанності (що, безумовно, підвищить і рівень їх СФ, завдяки прямому кореляційному зв'язку), але і ригідності, та, опосередковано, — агресивності, зокрема в умовах ПЗМХ, — тобто до актуалізації цього чинника ризику повторних СНД.

Зокрема, також є недоцільною, скажімо, «надлишкова» психофармакотерапія, інтенсивний терапевтичний вплив задля повної редукції тривожності у пацієнтів I групи через імовірність підвищення їх СН внаслідок усунення такого чинника антиризик повторних СНД як пасивна поведінка, зокрема в умовах ПЗМХ. Це зумовлено зв'язком ІТВ «тривожність» з «інтроверсією», а зменшення останньої підвищує спонтанність і активність хворих, внаслідок чого збільшується ризик вчинення ними повторних деліктів.

Вказаний зважений підхід слід втілювати і під час відновлення функціонування у певних сферах СФ пацієнтів II групи за рахунок терапевтичного впливу на такі ІТВ (підвищення, гармонізація яких сприяє зменшенню рівня дисфункції):

— спонтанність — позасімейні (дружні) відносини ($r = 0,25$), міжособистісні відносини ($r = 0,23$), життєдіяльність і працездатність ($r = 0,21$);

— лабільність — життєдіяльність і працездатність ($r = 0,24$), гроші і фінанси ($r = 0,24$);

— екстраверсія — життєдіяльність і працездатність ($r = 0,21$), інтерес до пізнання наявної інформації ($r = 0,22$).

Отже, на ґрунті результатів дослідження доведено, що при побудові КДЛРП для зазначеного контингенту основну увагу та терапевтичні зусилля слід спрямовувати на нівелювання показників клініко-біологічного блоку (психіатричний статус), але поєднано з реалізацією їх реабілітаційного потенціалу й у особистісному, соціальному сенсі (але з урахуванням доведеного меншого їх значення в структурі СН обстежуваних).

Зафіксований такий рейтинг розподіл маркерів П-П МР СНД (ознак, що стійко супроводжують цей психопатологічний механізм) за рівнями дисфункції (у порядку зменшення діагностичної цінності та інформативності): ресурс підтримки в суспільстві; функціональна недостатність; ресурсна система особистості; рівень психосоціальної адаптації. Серед маркерів негативно-особистісного механізму реалізації СНД перші місця в рейтингу також займають рівень ресурсу підтримки в суспільстві і функціональна недостатність, далі йдуть рівень психосоціальної адаптації, ресурсна система особистості.

На ґрунті описаних, інших спільних і диференційованих за психопатологічним механізмом маркерів-мішеней, а також оцінки потенційного ризику вчинення повторних деліктів зазначеним контингентом виокремлено напрямки та види реабілітаційних втручань.

Комплексний підхід до усунення СН і відновлення втрачених в результаті хвороби функцій у хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО, полягав, по-перше, в широкому використанні методів психофармакотерапії через доведений ефективний вплив на процесуальне захворювання, соціальне функціонування (у всебічному сенсі), по-друге — потенціювання лікування за допомогою психотерапії та психокорекції, по-третє — створення екологічно-щадливого, партнерського терапевтичного середовища.

І, тоді як біологічну терапію фокусували на редукції психопатологічної симптоматики, що зумовлювала, зокрема, судово-психіатричні аспекти вчиненого СНД, рівень дисфункції обстежуваних, її інтеграція з методами психосоціальних втручань сприяла отриманню додатко-

вих переваг пацієнтами у вигляді активного стимулювання, прискорення процесу усунення дефіцитарних проявів, що їх спричинила шизофренія, а також досягнення рівня потенційного розвитку вмінь та навичок, на тлі відновлених завдяки психофармакотерапії стосовно: зменшення рівня функціональної недостатності, підвищення стійкості до стресу, оволодіння навичками управління агресією, формування комунікативних навичок і нівелювання дисфункції в сферах самообслуговування, сімейного, професійного функціонування і розвитку усіх компонентів реабілітаційного потенціалу.

Загальний реабілітаційний маршрут хворих з різними психопатологічними механізмами реалізації делікту в структурі КДЛРП подано у таблиці.

Як впливає з наведеної таблиці, підходи до формування пацієнт-центрованої терапії та реалізації КДЛРП в структурі медико-соціальної реабілітації є вельми застосовними в умовах психіатричного стаціонару з суворим наглядом до усієї популяції хворих, які на теренах України вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння.

Загальний реабілітаційний маршрут особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію в структурі комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм

Етап КДЛРП	адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Основні завдання етапу	планування КДЛРП		застосування КДЛРП				підготовка до виписки, закріплення навичок ресоціалізації, інтеграції у суспільство	
Терапевтичний режим, характер спостереження	наглядова палата, лікувально-щадливий	наглядно-ва палата, суворе спостереження	лікувально-активуючий, диференційоване обмеження, періодично обмежений	вибіркове обмеження, суворе спостереження	лікувально-активуючий, диференційоване спостереження	відносно вільний, індивідуальне спостереження, залучення у соціально прийнятну активність	максимально вільний для умов ПЗМХ, збереження індивідуального спостереження і контролю	
Діагностичні процедури (встановлення функціонального діагнозу)	дослідження клінічного, психічного, наркологічного статусу, судово-психіатричних аспектів вчиненого делікту	так	так	контроль та реєстрація змін у психічному, наркологічному статусі, виявлення ознак резистентності до терапії, рецидиву захворювання, поглиблення дефіцитарних ознак, декомпенсації акцентуєваних типів характеру, актуалізації чинників ризику кримінальних вчинків			так	так
	визначення криміногенних чинників вчиненого СНД	так	так				так	так
	оцінка прогностичних чинників ризику-антиризiku повторних деліктів, формування групи ризику	так	так				так	так
Психофармакотерапія	застосування локальних протоколів медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»		симптоматична та невідкладна терапія гострих станів, зокрема гострої психічної симптоматики, психомоторного збудження		елективна терапія симптоматики шизофренії, подолання резистентності до терапії, лікування коморбідної патології, дефектних станів, функціональної недостатності		підтримувальна та протирецидивна терапія, зокрема препаратами пролонгованої дії	
							підтримувальна терапія з переважним застосуванням препаратів пролонгованої дії	

Продовження табл.

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Оцінка рівня дисфункції — реабілітаційний діагноз	оцінка функціональної недостатності	так	так	контроль та реєстрація змін, виявлення ознак підвищення суспільної небезпеки, погіршення реабілітаційного потенціалу, соціального функціонування				так	так
	оцінка ресурсної системи особистості	так	так					так	так
	оцінка рівня психосоціальної адаптації	так	так					так	так
	оцінка ресурсів підтримки у суспільстві	так	так					так	так
	нівелювання чинників ризику та потенціювання чинників антиризиків делікту	протягом усіх етапів КДЛРП							
	формування найкращого рівня соціального функціонування	протягом усіх етапів КДЛРП							
	психоосвіта	так	так	за умов виникнення суб'єктивної потреби у хворого, уточнення не з'ясованих питань					
	мотиваційний тренінг	так	так	підтримка мотивації до активної участі у лікувально-реабілітаційному процесі				закріплення мотивації комплаєнтності стосовно рекомендацій лікаря (підтримувальна терапія, втілення у життя засвоєних навичок соціального функціонування, ресоціалізації тощо)	
	тренінг соціальних навичок			так	так	закріплення та відпрацювання соціальних навичок		використання вироблених соціальних навичок у повсякденному житті	
Психосоціальна реабілітація	трудотерапія, підтримка зайнятості		елементарні види праці, визначення професійних навичок, схильностей, інтересів	елементарні види трудотерапії, постійне застосування	«примус» до трудової активності, подолання агравації, підбір труда, адекватного можливостям хворого	стійкий, систематичний характер трудотерапії, використання засвоєних навичок, прищеплення нових	активне залучення до праці, корекція надлишкових домагань, вироблення звички до щоденної праці	види і наближення до видів трудової діяльності за майбутньою професією після випуски	
	когнітивно-поведінкова терапія			нормалізація психотичного досвіду, подолання психотичної симптоматики	подолання дистресу, стресових чинників, труднощів в адаптації, ризику вживання ПАР	навчання стратегіям самоврегулювання, управління рецидивом		закріплення отриманих результатів	
	арт-терапія			упорання з позитивною, негативною симптоматикою, реалізація, відігравання внутрішніх переживань, переадресація агресії	активна участь у творчій діяльності, підвищення рівня соціалізації через творчу діяльність, відігравання соціальних ролей, вирішення конфліктів				закріплення отриманих результатів

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Психосоціальна реабілітація	духовно орієнтована (релігійно орієнтована) терапія			емоційна підтримка, корекція емоційних проблем, профілактика вживання ПАР		стимуляція саморозвитку, самопізнання, само-свідомості, орієнтації на духовність, корекція моральних настанов, закріплення тверезого та здорового способу життя			
	фізіотерапія, клімато-, фітотерапія, дієтичне харчування, різні види фізичної культури	протягом усіх етапів КДЛРП для зміцнення загального стану							
	формування навичок проведення дозвілля, хобі			пасивна участь у то ч - н е - р е с і в і з а - х о п л е н ь	залучення до соціально прийнятого проведення дозвілля під контролем лікаря, психолога, визначення хобі, інтересів	залучення до соціально прийнятого проведення дозвілля під контролем лікаря, психолога, визначення хобі, інтересів	активна участь, прагнення до соціально прийнятого проведення дозвілля, реалізація хобі і інтересів	закріплення отриманих моделей поведінки, стимуляція власної ініціативи до їх реалізації в стаціонарі та після виписки	
	участь у групах самопомочі, самоврядуванні			залучення до участі під контролем лікаря, психолога		регулярне виконання суспільних доручень при обмеженій відповідальності		режим максимального самоврядування, допомога та турбота про інших	
Моніторинг ефективності реалізації КДЛРП	вихід з гострого стану	так	так						
	самостійне функціонування ¹	так	так						
	навчання і самовизначення ²			так	так				
	базове функціонування ³			так	так				
	загальне благополуччя ⁴			так	так				
	реалізація реабілітаційного потенціалу ⁵					так	так		
	рівень соціального захисту / матеріально-побутові умови ⁶							так	так
Дієздатність		недієздатний		обмежена дієздатність, зініційована свого часу членами родини				оформлення опіки	
Соціальна допомога	ознайомлення з терапевтичним режимом, допомога в адаптації до нього	так	так						
	визначення працездатності	так	так	оцінка здатності до певної професійної діяльності		консультування з проблем працевлаштування			
	визначення соціальних проблем (матеріально-побутовий стан, майно, юридична підтримка)	відновлення реєстрації, паспортизація, оформлення відповідного соціального, сімейного статусу, допомога щодо поліпшення житлових умов, відновлення прав на житло тощо					повне вирішення житлових, сімейних умов		

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Соціальна допомога	створення базису соціальної підтримки і супроводу	виявлення проблем у соціально-правовому статусі, оцінка рівня його взаємодії з органами опіки, соціальної допомоги, виявлення проблем з отримання грошової соціальної допомоги тощо						вирішення юридичних, матеріальних, побутових, проблем, урегулювання питань соціальної допомоги і узгодження питань щодо подальшого лікування за межами стаціонару	
	взаємодія з родичами та опікунами	протягом усіх етапів КДЛРП інформаційна (зокрема психоосвіта), консультативна підтримка, психотерапевтична психокорекційна допомога (за зверненням)							

Примітки: Під цими характеристиками йдеться про: ¹ — участь і інтенсивна робота пацієнта в подоланні рівня дисфункції, звернення за допомогою у важких ситуаціях; ² — контроль життя, проблем з психічним здоров'ям, участь в навчанні новим навичкам; ³ — подолання проблем зі спілкуванням, самоусвідомлення себе як особистості, позитивний настрій на терапію і реабілітацію; ⁴ — задоволеність харчуванням, поява інтересів, зниження комунікативного дефіциту, комплаєнсу; ⁵ — гарне самопочуття, планування і прогрес в досягненні цілей, відчуття внутрішньої гармонії, позитивна оцінка життя, віра в перспективу поліпшення якості життя, реалізація копінг-стратегій, турбота і захист інших хворих, участь в діяльності, що забезпечує хворого і приносить користь іншим; ⁶ — використання навичок поведінки з готівкою / безготівковими грошима, «облагороджування», прикраса палати, подолання аутостигматизації і травми в зв'язку зі стигматизацією, взаємодії з соціальними інститутами. Порожні клітинки — відсутність застосування заходів КДЛРП на відповідному етапі

До методів психосоціального втручання, відповідно до результатів нашого дослідження, треба віднести:

— психоосвіту, включаючи навчання участі в лікувальних програмах;

— мотиваційний тренінг задля формування активної участі у лікувально-реабілітаційних заходах, підвищення комплаєнсу тощо;

— трудотерапію і підтримку зайнятості задля підвищення конкурентоспроможності в рамках конкретної професії, що вже мали обстежувані, зокрема спільно з навчанням способам відповідності вимогам роботодавця, пошуку роботи;

— когнітивно-поведінкову терапію з метою нормалізації психотичного досвіду пацієнта, подолання продуктивної симптоматики, дистресу, труднощів в адаптації, опрацювання тригерів і ризиків рецидиву шизофренії і коморбідного вживання ПАР, навчання саморегульованим стратегіям управління рецидивом та ін.;

— арт-терапію для упорання з негативною симптоматикою;

— тренінг соціальних навичок задля формування інструментальних і афіліативних навичок в сферах, необхідних для задоволення вимог міжособистісних відносин, самообслуговування, суспільного життя, для усунення дефіциту конкретних ролей функціонування пацієнтів;

— духовно орієнтовану (релігійно орієнтовану) психотерапію для стимуляції саморозвитку, орієнтації на духовність, корекції моральних настанов, емоційної підтримки і корекції емоційних проблем, профілактики вживання ПАР;

— фізіотерапія, клімато-, фітотерапія, дієтичне харчування, різні види фізичної культури — для зміцнення загального здоров'я пацієнтів, прищеплення ним навичок здорового способу життя.

На нашу думку, під час організації такої роботи пацієнти повинні відчувати протективну підтримку і за-

своювати навички поведінки вже на мікросоціальному рівні (палата) і при взаємодії з медичним персоналом. При цьому фокус має бути зміщений в бік синергічного підходу, при якому наслідки поведінки йдуть безпосередньо за дією і є зрозумілими для хворого. Зокрема, наприклад, при нездатності хворого планувати свої дії або діяти цілеспрямовано, так само як і прогнозувати їх, йому треба негайно надати психологічну підтримку або консультацію персоналу щодо найбільш адаптивного варіанту поведінки в кожному конкретному випадку. Те ж стосується розвитку/відновлення навичок СФ, способу життя, терапії працею.

Групову терапію доцільно проводити для вироблення соціально прийнятих взаємодій (комунікативно-коригувальна і когнітивно-поведінкова терапія), а саме: вправи для релаксації, духовні, медитативні практики, тренінги подолання стресу, агресивної, аддиктивної поведінки, формування навичок оптимального спілкування, вирішення конфліктів, пристосування до складних життєвих ситуацій, прийняття і примирення з власною соціальною роллю (виробленої в процесі ПММХ), фізичні вправи, терапія мистецтвом (арт-терапія, фільмотерапія, бібліотерапія), психоосвітня робота і т. ін.

Індивідуальні тренінги, на нашу думку, є доречними у разі неефективності групових занять, зумовленої нейрокогнітивним дефіцитом. Такі втручання слід зосереджувати на розвитку реабілітаційного ресурсу, навичок співіснування, упоранні з продуктивною симптоматикою, зміцненні опору імперативам марення і галюцинацій.

Оцінення результативності КДЛРП, відповідно до запропонованих реабілітаційних маршрутів, показало таке.

В I основній групі зареєстровано одужання (значне покращання) у 2 хворих, покращання психічного стану спостерігали у 88 пацієнтів, у 35 осіб — стан залишився без змін, а в контрольній групі — у 35 обстежуваних діагностовано покращання стану, у 91 хворого — без змін.

В II основній групі хворі розподілилися за цим показником таким способом: 2 особи — одужання (значне покращання), 46 осіб — покращання, 16 хворих — без змін, а в II контрольній — у 16 осіб діагностовано покращання психічного стану, у решти 47 пацієнтів — без змін

Відповідно коефіцієнт результативності КДЛРП за динамікою ступеня тяжкості психопатологічної симптоматики в I основній та I контрольній групах склав $\Delta PSS_E = (2 \times 3 + 88 \times 2 + 35 \times 0) / 125 - (35 \times 2 + 91 \times 0) / 126 = 0,9$, а в II основній та II контрольній:

$\Delta PSS_E = (2 \times 3 + 46 \times 2 + 16 \times 0) / 64 - (16 \times 2 + 47 \times 0) / 63 = 1,03$. Тобто, констатовано кращу редукцію симптомів шизофренії (додатний знак рівняння) в основних групах та у хворих з продуктивно-психотичним МР СНД за величиною коефіцієнта ΔPSS_E .

Слід зазначити, що редукція ступеня СН хворих в основних та контрольних групах відповідала динаміці у них проявів шизофренії, а саме: відсутність СН в I основній групі зареєстровано у 90 хворих, її пасивний тип — у 35 осіб; у I контрольній групі редукцію СН спостерігали у 35 випадках, пасивний тип СН — у 91. Серед хворих з Н-О МР СНД ступінь СН обстежуваних виявилася такою: 48 осіб і 16 осіб II основної групи та 16 осіб і 47 осіб II контрольної групи було зареєстровано з відсутністю або пасивним типом СН, відповідно.

В I основній та I контрольній групах:
 $\Delta PDR_E = (90 \times 0 + 35 \times 1) / 125 - (35 \times 0 + 91 \times 1) / 126 = -0,44$,
 в II основній та II контрольній:

$\Delta PDR_E = (48 \times 0 + 16 \times 1) / 64 - (16 \times 0 + 47 \times 1) / 63 = -0,5$.
 Зазначене вказує на гірший рівень редукції суспільної небезпеки протягом ПЗМХ у хворих контрольних груп (від'ємне значення коефіцієнта) та її більш повільну динаміку під впливом традиційного лікування у пацієнтів з Н-О МР СНД.

Частота випадків позитивної відповіді на терапію, PTR в I основній групі склала $PTR = 90 / 125 = 0,72$, в I контрольній — $PTR = 35 / 126 = 0,28$, в II основній — $PTR = 48 / 64 = 0,75$, в II контрольній — $PTR = 16 / 63 = 0,25$. Така частота ефективності психофармакотерапії додатково свідчить про доцільність її потенціювання за допомогою розроблених заходів М-СР.

Загалом застосування в судово-психіатричній практиці описаних підходів до медико-соціальної реабілітації особливо небезпечних хворих на шизофренію показав, що рівень дисфункції загального соціального функціонування в основній групі покращився на 72 %, в контрольній — на 44 %; зниження рівня конфліктної, агресивної, надактивної поведінки — на 69 % і 33 %, дисфункція в самообслуговуванні — на 67 % і 33 % відповідно.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. На ґрунті результатів комплексного, всебічного дослідження розроблені та оцінені результативність комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм, провідною ланкою яких є адекватна психофармакотерапія на тлі достатньої тривалості ліку-

вання. Результативність КДЛРП суттєво підвищується за рахунок використання у структурі реабілітаційного маршруту пацієнтів одночасних (або послідовних) тривалісних заходів як-от:

а) створення відповідного терапевтичного середовища для здійснення і втілення терапевтичного режиму (екологічно-щадливого) з акцентом на адекватній психофармакотерапії;

б) групової терапії з метою потенціювання, підвищення, розширення потенціального рівня соціалізації хворих і вироблення навичок адаптивної поведінки, соціальних норм;

в) індивідуальних реабілітаційних програм.

2. Оцінка результативності запропонованих комплексних програм показала їх ефективність стосовно редукції психопатологічної симптоматики, суспільної небезпеки та позитивного відгуку на терапію у особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію в умовах застосування до них примусових заходів медичного характеру.

Список літератури

1. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.
2. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион, 2000. 320 с.
3. Пішель В. Я., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 2 (73). С. 67—71.
4. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особистісні особливості хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь як маркери їх психосоціальної реабілітації // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2015. Вип. 24 (3). С. 164—169.
5. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особливості психічної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію // Там само. 2015. Вип. 24 (4). С. 97—102.
6. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особливості психосоціальної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію // Там само. 2015. Вип. 24 (5). С. 385—391.
7. Кушнір А. Н. Факторы риска и антириска повторной реализации общественно опасных действий больными шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 3 (21). С. 27—37.
8. Кушнір А. М. Особливості соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на шизофренію як маркери-мішені їх реабілітації // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 83—88.

Надійшла до редакції 03.10.2017 р.

КУШНІР Анатолій Миколайович, головний лікар Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

KUSHNIR Anatolii, Head Physician of the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security of Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine