

ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

¹В.Д. Мішиєв, ¹Є.Г. Гриневич, ²А.М. Кушнір

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБЛИВО СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

¹Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Державний заклад "Українська психіатрична лікарня з суворим
наглядом МОЗ України", м. Дніпропетровськ

Вступ. Важкість соціальних наслідків і ступінь адаптації хворих на шизофренію роблять суттєвий внесок у прогноз, як захворювання, так і протиправної поведінки таких пацієнтів, а також відіграють значну роль в їх суспільній небезпеці.

Мета. Встановити ресурси психосоціальної адаптації хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь (СНД) як маркеримішені лікувально-реабілітаційних впливів.

Матеріал та методи. За допомогою психометричних та психодіагностичних методик обстежені усі 511 хворих на шизофренію, що вчинили СНД проти життя та здоров'я особи (чоловіки, середнім віком $39,72 \pm 0,50$ років, у 95,30% випадків з діагнозом параноїдна шизофренія), які знаходилися на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом.

Результати. Більш ніж половина хворих на шизофренію, що скоїли особливо небезпечні СНД, за рівнями соціального функціонування, здатності до психосоціальної адаптації та переважаючим типом пристосувальної поведінки мають дуже низькі ресурси психосоціальної адаптації.

Висновок. Низький рівень психосоціальної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію обумовлює необхідність створення для них особливих умов та відповідного терапевтичного середовища, спрямованих на відновлення їх соціальної активності.

Ключові слова: шизофренія, соціальне функціонування, психосоціальна адаптація, типи пристосувальної поведінки, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь.

Вступ. Соціальні наслідки шизофренії створюють серйозні проблеми не лише для хворих та їх родини, а і для суспільства в цілому, зокрема завдяки скоєнню ними СНД. Порушення соціального функціонування, що включає дестабілізацію особистісних відносин, відрив від сім'ї, суспільства, викривлення форм діяльності, спілкування, призводять до несприятливого прогнозу захворювання та асоціальної, протиправної поведінки.

Звуження зон соціалізації спотворює процеси психосоціального життя, формує неспроможність до ефективного соціального функціонування (СФ) та дезадаптивні типи пристосувальної поведінки цих пацієнтів. Зазначене

зумовлює відсутність інтеграції хворих у соціальні інститути, низький рівень загальної соціальної та комунікативної компетентності навіть за умов значного покращання клінічної симптоматики. Тим не менш, проблема ресоціалізації особливо суспільно небезпечних пацієнтів з шизофренією ще далека від вирішення [1]. У західних дослідженнях у якості критерію ефективності лікувально-реабілітаційних програм хворих на шизофренію поширене уявлення про необхідність оцінки здатності самостійного, незалежного існування пацієнтів у різних сферах життєдіяльності, а також спроможності виконання ними соціальних ролей [2].

Тому вельми актуальною є дефініція соціально-психологічних ресурсів таких хворих, які слід використовувати протягом лікувально-реабілітаційних програм, у тому числі задля підвищення рівня їх суспільної безпеки. Зазначене обумовило мету дослідження – встановити ресурси психосоціальної адаптації хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь (СНД) як маркери-мішені лікувально-реабілітаційних впливів.

Матеріал та методи. Дизайн дослідження: популяційне, поперечне, «серії випадків». На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено дослідження усіх чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі і особливо тяжкі СНД (проти життя та здоров'я особи), – вичерпно повна (репрезентативна та за суттю тотожна їх генеральній сукупності в Україні) вибірка. Усього обстежено 511 пацієнтів, середнім віком $39,72 \pm 0,50$ років, переважно з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30%) здебільше з безперервним типом перебігу. За ознакою психопатологічних механізмів реалізації (МР) СНД сформовані 2 групи порівняння. До I групи увійшов 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД, в II – 127 пацієнтів з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД. За результатами кластерного аналізу інші 112 пацієнтів зі змішаним МР СНД природно розподілилися на дві групи тотожні МР СНД в групах I та II. Тому їх соціально-психологічні ресурси розглядали на контингентах обстежених з П-П та Н-О МР СНД. Крім того, 21 хворий виключений з дослідження у зв'язку з невідповідністю критеріям включення. В процесі виконання цієї роботи, використовували клініко-психопатологічний метод для ідентифікації МР СНД, а також шкалу позитивних і негативних синдромів (PANSS) [3]. У межах психодіагностичного методу застосовували: методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймона [4]; методику визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS) [5]. Обробку 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. [6].

Результати та їх обговорення. Структура реабілітаційного (функціонального) діагнозу складається зокрема з оцінки соціально-психологічних ресурсів (ресурсної системи особистості) хворих на шизофренію, а саме: їх психічної та психосоціальної адаптації. І якщо психічна адаптація включає переважні механізми психологічного захисту (МПЗ) та стратегії копінг-поведінки, то психосоціальна адаптація передбачає оцінки рівнів дисфункції повідних сфер життєдіяльності, соціально-психологічної адаптації (як кількісної характеристики соціальної адаптації) та типу пристосувальної поведінки (якісна характеристика соціальної адаптації) [1].

Загалом під психосоціальною адаптацією розуміють результат процесів психічної адаптації у зовнішньому середовищі, що характеризує особливості взаємодії індивіда з соціальним оточенням. Саме підвищення рівня соціально-психологічної адаптації хворих на шизофренію та прищеплення навичок соціальної та комунікативної компетенції ми вважаємо важливою складовою лікувально-реабілітаційного процесу, який повинен сприяти зниженню їх суспільної небезпеки та профілактиці повторних СНД.

Перш за все, слід зазначити, що достовірних розбіжностей між групами за показниками соціально-психологічної адаптації (за методикою К. Роджерса, Р. Даймона) та здатністю до психосоціальної адаптації (за EAPS) виявлено не було.

Кількісна характеристика соціальної адаптації хворих на шизофренію, що скоїли особливо небезпечні СНД. Розподіл піддослідних за рейтингом специфічних сфер життєдіяльності (СЖ) показав, що рівень дисфункції (РД) коливався у межах від мінімального до дуже серйозного при незначній кількості хворих з його крайовими межовими значеннями (відсутній, максимальний). Сумарна частка обстежених з мінімальним і очевидним РД практично співпадала з сумарною частотою серйозного і дуже серйозного та складала близько 50% випадків (табл. 1). В свою чергу, відносна кількість інвалідів по групах була 30,28% та 37,80% осіб відповідно.

Частота серйозного та дуже серйозного РД за усіма СЖ була вищою у пацієнтів з П-П МР СНД, а очевидного (за СЖ «діяльності у сім'ї та вдома»; «діяльності у широкому соціальному контексті») – у хворих з Н-О МР СНД. Це свідчить про гірший рівень соціальної активності у піддослідних I групи.

Рейтинг порушень за СЖ (табл. 1) у хворих з дуже серйозним РД (у порядку зменшення частоти) був наступним: «навчання та трудова діяльність»; «діяльність у сім'ї та вдома»; «діяльність у широкому соціальному контексті»; «самообслуговування». Серед хворих з серйозним РД найбільшу частку склали обстежені з порушеннями «діяльності у широкому соціальному контексті», далі йшли проблеми з «самообслуговуванням», «діяльністю у сім'ї та вдома», найменша питома вага належала труднощам у «навчанні та трудовій діяльності».

Найбільша відносна кількість пацієнтів з очевидним та мінімальним РД мала проблеми з «самообслуговуванням»; «навчанням та трудовою діяльністю»; «діяльністю у сім'ї та вдома»; «діяльністю у широкому соціальному контексті».

Такий розподіл хворих за РД соціальної активності вказує, з одного боку, на очікування їх найближчого оточення, а з другого – слід враховувати при психосоціальної реабілітації для виділення першочергових напрямків та змісту лікувально-реабілітаційних програм.

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

Таблиця 1
Розподіл обстежених за частотою рівнів дисфункції специфічних сфер життєдіяльності (%)

Сфера	Частота рівню дисфункції											
	Відсутній		Міні-мальний		Очевидний		Серйозний		Дуже серйозний		Максимальний	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Самообслуговування	2,39	2,36	16,33	16,54	28,69	33,86	40,24	32,28	11,55	11,02	0,40	0,79
Навчання та трудова діяльність	1,59	3,94	6,77	11,02	23,51	30,71	25,50	25,98	38,65	24,41	1,99	2,36
Діяльність у сім'ї та вдома	1,20	2,36	10,76	10,24	19,52	33,07	31,47	32,28	33,86	18,11	2,79	0,79
Діяльність у ширшому соціальному контексті	1,20	3,94	10,76	6,30	18,33	28,35	52,19	40,94	11,16	14,17	2,39	0,79

Примітка: заливкою виділені показники, за якими встановлені достовірні розбіжності між групами обстежених при $p < 0,05$.

За методикою діагностики соціально-психологічної адаптації при порівнянні отриманих результатів з результатами статистичних норм в по групах хворих (I та II групи відповідно) були виявлені показники, що перебільшують норму: адаптивність – 122,09 та 123,35, внутрішній контроль – 47,07 і 47,48 та прийняття себе – 39,94 і 39,76. Значення нижче норми спостерігали за усіма іншими ознаками: дезадаптивність – 73,35 і 76,69, не прийняття себе – 14,58 і 16,22, прийняття інших – 23,78 і 23,32, емоційний комфорт – 20,44 і 22,30, відомість – 17,17 і 16,56, зовнішній контроль – 16,91 і 16,92, не прийняття інших – 16,63 і 16,78, емоційний дискомфорт – 15,44 і 15,87, ескапізм – 12,32 і 12,48, домінування – 8,99 і 8,87.

Інтегральний показник «Адаптивність» в I групі мав пряму залежність з параметрами: прагнення домінування ($p < 0,001$), емоційний комфорт ($p < 0,05$) та зворотну – самоприйняття ($p < 0,001$), внутрішній контроль ($p < 0,001$), а в II групі – пряму залежність з параметром: прагнення домінування ($p < 0,001$) та зворотну – самоприйняття ($p < 0,001$), внутрішній контроль ($p < 0,001$). Тобто зменшення пасивної позиції хворих на шизофренію, відсутність дезадаптуючих порушень з боку емоційної сфери, інтернальності та занурення у власні переживання сприяють їх психосоціальної адаптації.

На нашу думку, перебільшення норми показників соціально-психологічної адаптації обстежених пов'язане з давністю захворювання та не є ознакою їх психосоціальної адаптації, про що свідчать низькі значення інших її параметрів.

Якісна характеристика соціальної адаптації хворих на шизофренію, що скоїли особливо небезпечні СНД. За типом пристосувальної поведінки у обстежених переважала дезадаптивна (68,53% випадків у I групі та 69,29% – у II), адаптивну поведінку демонструвала практично чверть піддослідних (25,10 % та 22,05 % осіб відповідно), найменшу частку склали обстежені з регресивною (3,98 % та 6,30 % осіб відповідно). При цьому у пацієнтів з дезадаптивною пристосувальною поведінкою встановлений (зокрема за величинами показника G8 Недоступність за PANSS) дезадаптивно-недоступний її тип (порушення рефлексивних способів поведінки), який характеризувався аномальними стратегіями життєдіяльності і СФ з відмовою від продуктивної співробітництва, ігноруванням соціальних вимог, протестними формами поведінки у широкому діапазоні особистісних реакцій та соціальних ситуацій. Піддослідні з регресивним типом пристосувальної поведінки (порушення продуктивної поведінки) мали залежну життєву позицію з зануренням у аутистичні переживання, високим ступенем відмови від реальності, низькою за-лученістю у соціальне життя з втратою соціальних позицій та контактів, ін-диферентним відношенням до оточуючої дійсності.

Висновок. Більш ніж половина хворих на шизофренію, що скоїли особливо небезпечні СНД, за рівнями соціальної активності та функціонування, здатності до психосоціальної адаптації та переважаючим типом пристосувальної поведінки мають дуже низькі ресурси психосоціальної адаптації, що обумовлює необхідність створення для них особливих умов та відповідного терапевтичного середовища спрямованих на відновлення їх соціальних функцій.

Література

1. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монография / В. А. Абрамов, Т.Л. Ряполова [и др.]. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
2. Приб Г.А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя: дис. доктора мед. наук : 14.01.16 / Приб Глеб Анатолійович. – К., 2003. – 235 с.
3. Lewis A. Opler, Stanley R. Kay, J.P. Lindenmayer, Abraham Fiszbein Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale // SCI-PANSS booklet: Multi-Health Systems Inc., 1999. – 16 p.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие./ ред.-сост. Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ». – 1998. – 672с.
5. Robert, P. Echelle d'aptitude psychosociale (EAPS). Présentation et validation /T. Braccini, P. Vitali, G. Darcourt // Psychologie Médicale. –1987. – № 19. – P. 1761–1765.
6. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко [и др.]. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.

В.Д. Мишнев, Е.Г. Гриневич, А.Н. Кушнир

Особенности психосоциальной адаптации больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев,

Государственное учреждение "Украинская психиатрическая больница строгого режима МЗ Украины", г. Днепропетровск

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

Цель. Установить ресурсы психосоциальной адаптации больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий (ООД) как маркеры-мишени лечебно-реабилитационных влияний.

Материал и методы. С помощью психометрических и психодиагностических методик обследованы все 511 больных шизофренией, которые совершили ООД против жизни и здоровья других людей (мужчины, средний возраст $39,72 \pm 0,50$ года, в 95,30% случаев с диагнозом параноидная шизофрения) и находятся на лечении в психиатрической больнице со строгим наблюдением.

Результаты. Больше половины больных шизофренией, совершивших особо опасные ООД, по уровням социального функционирования, способности к психосоциальной адаптации, а также преобладающему типу приспособительного поведения, имеют очень низкие ресурсы психосоциальной адаптации.

Выводы. Низкий уровень психосоциальной адаптации особо опасных больных шизофренией обуславливает необходимость создания для них особых условий и соответствующей терапевтической среды, направленных на возобновление их социальной активности.

Ключевые слова: шизофрения, соціальне функціонування, психосоціальна адаптація, типи пристосовувального поведіння, суспільно небезпечні дії проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних дій.

V.D. Mishiev, Ye.G. Grynevych, A.N. Kushnir

The features of psychosocial adaptation under schizophrenic patients corresponds the special public danger

Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev,

Public institution "Ukrainian mental hospital with the high security Ministry of public health of Ukraine", Dnipropetrovsk

Introduction. The severity of social consequences and adaptation degree of schizophrenic patients significantly contribute to the prognosis of both the disease and the wrongdoing of such patients, and also play a considerable role in their public danger.

Aim. To define the resources of psychosocial adaptation which are specific for the schizophrenic patient with different mechanisms of socially dangerous acts (SDA) realization as markers-targets of curatively-rehabilitation influences.

Material and methods. By means of psychometric and psychodiagnostic methodologies there were examined all 511 schizophrenic patients who committed socially dangerous acts against life and health (middle aged (39,72 ± 0,50) men, paranoid schizophrenia in 95,30 % of cases) and who are inpatients of the high security mental hospital.

Results. More than half schizophrenic patients, who committed especially dangerous acts, had maladjustment as for the levels of social functioning, capacity for psychosocial adaptation and dominant mode of adaptive behavior.

Conclusion. The maladjustment of schizophrenic patients who committed especially dangerous acts stipulates the necessity to create the special terms and appropriate therapeutic environment for them, aimed at renewing their social activity.

Key words: schizophrenia, social functioning, psychosocial adaptation, adaptive behavior modes, socially dangerous acts against life and health, especially dangerous acts realization mechanism.

Відомості про авторів:

Мішиєв В'ячеслав Данилович - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103, тел.: (044) 468 32 17.

Гриневич Євгенія Геннадіївна - доктор медичних наук, професор кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103, тел.: (044) 468 32 17.

Кушнір Анатолій Миколайович - кандидат медичних наук, головний лікар ДЗ "Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України".

Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Чичеріна, 84, тел.: (0562) 42-50-16.