

Х.С. Живаго

**ДОСЛІДЖЕННЯ СФЕР СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

kristinazhyvago@gmail.com

Актуальність. Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя психічно хворих та їх близьких. Поширеність депресивної симптоматики при параноїдній шизофренії (7–75%) зумовлює актуальність досліджень у цій сфері.

Мета роботи – дослідження особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

Матеріали й методи. У дослідженні було використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічні, соціально-демографічний методи та методи математичної статистики. На основі добровільної поінформованої згоди ми обстежили 129 хворих на параноїдну форму шизофренії. Їх було поділено на дослідну групу, яку склали 82 хворих із симптомами депресії, та групу порівняння – 47 пацієнтів без симптомів депресії. У дослідженні використано шкали PANSS, HDRS, CDSS, HARS. Групи не відрізнялись за основними демографічними показниками, тривалістю та перебігом захворювання на шизофренію. Досліджуючи соціальне функціонування ми використовували опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих.

Результати. Найвиразніші порушення ($p < 0,05$) в дослідній групі були в області характеристики кола спілкування, порівняно із групою порівняння. Також значними були порушення у сфері фізичної працездатності та активності в побуті. Найменш виразні порушення зареєстровані в області характеру стосунків з оточуючими. Кореляційний аналіз ($p < 0,05$) показав пряму залежність між порушеннями у сферах соціального функціонування та рівнем депресії.

Висновки. Депресивна симптоматика сприяє поглибленню порушень у всіх сферах соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії, що формує труднощі в реадaptaції та збереженні притаманного пацієнту рівня соціальної активності вже в перші роки захворювання, призводить до погіршення подальшого клінічного прогнозу. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії дозволить довше зберігати притаманний пацієнту до хвороби рівень соціального функціонування, краще розуміти особливості свого захворювання, виявляти ранні симптоми загострення хвороби і, зокрема, депресії, що покращить реадaptaцію хворого у соціумі.

Ключові слова:

депресія, параноїдна шизофренія, соціальне функціонування, сфера, медико-соціальна реабілітація.

Актуальність. Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя психічно хворих та їх близьких [7].

Параноїдна шизофренія є найпоширенішою формою ендогенних захворювань та складає близько 28% всіх типів шизофренії [2, 5]. Частота депресій при цій патології складає 7–75%, залежно від особливостей перебігу та етапу захворювання [9].

Екзацербация хвороби, часті госпіталізації та тривалий перебіг призводять до труднощів у навчанні та збереженні професійного рівня пацієнтів, руйнування стосунків із оточуючими, самостигматизації, соціального відчуження та іноді – до інвалідизації [3, 8]. Умови надання спеціалізованої допомоги, рівень освіти та сімейний статус, тривалість захворювання та умови проживання певною мірою також впливають на показники якості життя хворих на шизофренію [1, 6].

Із наукових джерел відомо, що сімейний статус хворих на шизофренію є одним із критеріїв їх соціальної активності, оскільки виконання подружніх та батьківських обов'язків передбачає достатньо високий рівень адаптації [4]. М. Nyer дослідив, що у хворих із депресією при шизофренії рівень суїцидів у разі наявності власної родини нижчий, порівняно із особами, які не перебувають у шлюбі [10]. За даними іноземних досліджень, хворим із депресією при шизофренії протягом перших років хвороби, на фоні частого рецидивування, зниження соціального функціонування та втрати фінансової незалежності, властива низька оцінка якості життя та схильність до вживання психоактивних речовин «для полегшення свого стану» [1, 11].

Виявлені особливості вказують на важливість та актуальність подальших досліджень особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію залежно від наявності у них депресивної симптоматики. Тому метою нашої роботи стало вивчення особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні було використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, соціально-демографічний методи та методи математичної статистики. На основі добровільної поінформованої згоди ми обстежили 129 хворих на параноїдну форму шизофренії, яких було поділено на дослідну групу, яку склали 82 хворих із симптомами депресії, та групу порівняння – 47 пацієнтів без симптомів депресії. Наявність депресивної симптоматики визначали за шкалою CDSS на рівні «6 балів» та вище. Середній рівень депресії за шкалою CDSS у дослідній групі склав 14,63±3,81 бала, в групі порівняння – 3,10±1,38 бала ($p < 0,0001$). Також було використано шкали PANSS (113,26±7,06 та 110,74±7,13 бала відповідно ($p > 0,05$)), HDRS (13,82±3,64 та 3,72±1,78 бала відповідно ($p < 0,0001$)), HARS (19,56±8,0 та 12,10±6,97 бала відповідно ($p < 0,0001$)) та опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих, який дозволяє як кількісно, так і якісно оцінити порушення у сферах соціального функціонування. Групи не відрізнялись за основними демографічними показниками, тривалістю та перебігом захворювання на шизофренію. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою пакета програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for

Macintosh (версія 22.0.0.0). Оцінку всіх параметрів аналізу проведено з прийнятим рівнем статистичної значимості не нижче 95% ($p < 0,05$). Було використано непараметричні критерії: Манна-Уїтні (U), Вілкоксона (W), χ^2 та точний критерій Фішера.

Результати та їх обговорення

Для дослідження соціального функціонування хворих обох груп ми використовували опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих.

Таблиця 1. Оцінка сфер соціального функціонування

Показник	Дослідна група (n=82)		Група порівняння (n=47)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	
Фізична працездатність	2,49	1,11	2,09	1,02	0,039
Інтелектуальна продуктивність	2,09	1,37	2,02	1,24	0,787
Активність у побуті	2,37	1,08	1,91	1,04	0,021
Характеристика кола спілкування	2,66	1,11	1,66	1,17	0,0001
Характер стосунків з оточуючими	1,02	0,98	2,64	0,96	0,0001

Примітка. SD – стандартне відхилення; p – оцінка достовірності різниці за критерієм Манна-Уїтні

У таблиці 1 наведено результати оцінки за окремими сферами соціального функціонування. У дослідній групі найвиразніші порушення спостерігались в області характеристики кола спілкування. Також значними були порушення у сфері фізичної працездатності та активності в побуті, найменше виражені порушення СФ були в області характеру стосунків з оточуючими. У групі порівняння найбільші труднощі пацієнти мали в області фізичної працездатності, хоча показник був вищий, ніж у дослідній групі, та характеру стосунків з оточуючими. Найменш виражені порушення були в області характеристики кола спілкування. Практично однаково знижені показники були в області інтелектуальної продуктивності, що свідчить про однорідність обох груп за показниками віку, освіти та тривалості перебігу захворювання.

У таблиці 2 показано, що загальний бал за шкалою PANSS та фактор тривоги і депресії продемонстрували прямо пропорційну залежність зі всіма сферами СФ ($p < 0,05$). Фізична працездатність також мала прямі кореляційні зв'язки із позитивним та негативним

Таблиця 2. Кореляційний аналіз між показниками п'ятифакторної моделі оцінки за шкалою PANSS та даними окремих сфер соціального функціонування

Шкала	Сфера соціального функціонування, Д* / П**				
	ФП	ІП	АвП	ХКС	ХСзО
PANSS загальний бал	0,612* / 0,580*	0,341* / 0,323*	0,283* / 0,457*	0,319* / 0,425*	0,535* / 0,499*
PANSS (+)	0,312* / 0,439*	0,279* / 0,336*	0,310* / 0,398*	0,210 / 0,201	0,266* / 0,527*
PANSS (-)	0,241* / 0,542*	0,316* / 0,518*	0,117 / 0,523*	0,325* / 0,417*	0,155 / 0,342*
Дезорганізації	0,224* / 0,430*	0,121 / 0,314*	0,333* / 0,210	0,222* / 0,205	0,118 / 0,098
Агресії та збудження	0,090 / 0,120	0,202 / 0,378*	0,127 / 0,402*	0,133 / 0,322*	0,018 / 0,357*
Тривоги та депресії	0,273* / 0,147	0,557* / 0,117	0,533* / 0,019	0,287* / 0,054	0,472* / 0,016

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$); Д* – Дослідна група (n=82); П** – Група порівняння (n=47); ФП – фізична працездатність, ІП – інтелектуальна продуктивність; АвП – активність в побуті; ХКС – характеристика кола спілкування; ХСзО – характер стосунків з оточуючими.

факторами і фактором дезорганізації. Інтелектуальна продуктивність мала прямо пропорційну залежність із позитивним та негативним факторами. Активність у побуті та характеристика кола спілкування мали прямі кореляційні зв'язки із фактором дезорганізації та з негативним. Сфера характеру стосунків з оточуючими мала прямі кореляційні зв'язки із продуктивним фактором. У групі порівняння загальний бал за шкалою PANSS також продемонстрував прямо пропорційну кореляційну залежність зі всіма сферами СФ, а фактор тривоги та депресії не виявив статистично значимих зв'язків. Натомість негативний фактор виявляв прямо пропорційні зв'язки зі всіма сферами СФ та фактор агресії і збудження проявив суттєві прямі кореляційні зв'язки зі всіма сферами, крім фізичної працездатності.

Таким чином, вплив на виразність психопатологічної симптоматики, а також на рівень депресії та тривоги у хворих із ДС при ПШ сприятиме підвищенню рівня соціального функціонування як загалом, так і за окремими сферами.

У таблиці 3 представлено результати кореляційного аналізу впливу депресивної та тривожної симптоматики на рівень СФ. Як видно, загальний бал за шкалами CDSS та HDRS має статистично значимі прямі кореляційні зв'язки зі всіма сферами СФ. Найвиразнішу прямо пропорційну кореляційну залежність зі всіма сферами СФ, як і очікувалось, виявляють депресія тяжкого ступеня за шкалою HDRS та тривожний стан за шкалою HARS.

За даним опитувальником ми оцінювали не лише кількісні, а й якісні об'єктивні характеристики соціального функціонування та порівнювали їх у хворих обох груп. Нами досліджено такі сфери як освіта та трудова діяльність, денна активність, матеріально-побутові умови, родина та соціальні контакти, здоров'я.

Обстежені в обох групах ($p=0,164$) мали середню освіту, в більш ніж 50% випадків – спеціальну освіту, що свідчить про достатній освітній та професійний потенціал для можливості працевлаштування та забезпечення матеріального достатку. Проте хворим дослідної групи властиве зниження працездатності, що проявляється на різних рівнях, як то часті зміни місця роботи на посаду з нижчою кваліфікацією ($p=0,0002$), труднощі із вико-

нанням звичайних, на рівні до хвороби, професійних обов'язків, що змушує шукати роботу із нижчою кваліфікацією, що згодом призводить до втрати роботи та інвалідизації ($p=0,004$). Установка на працевлаштування виявлена у більше ніж 60% хворих дослідної групи ($p=0,042$), що підтверджує виявлені особливості впливу ДС на працездатність даного контингенту обстежених. При цьому для 35% пацієнтів із групи порівняння притаманне продовження роботи без зниження кваліфікації та вищий рівень працевлаштування.

Рівень денної активності внаслідок впливу депресивної симптоматики є нижчим ($p<0,05$), ніж у пацієнтів без ДС, в таких аспектах як відвідування магазинів ($p<0,0001$), користування громадським транспортом ($p=0,0003$), частота спілкування із друзями та знайомими ($p=0,003$). Відвідування культурно-масових заходів та місць відпочинку, а також прогулянки, читання, хобі були мало затребуваними у хворих обох груп ($p>0,05$). Більшу частину дня займав перегляд телепередач без певної тематичної зацікавленості ($p=0,343$). Оцінка ДА у хворих дослідної групи в 84% випадків була незадовільною ($p<0,0001$).

Матеріально-побутове становище у хворих обох груп було низьким ($p=0,334$), що відповідає загальній тенденції серед психічно хворих. Більшість хворих дослідної групи перебували на повному матеріальному забезпеченні сторонніх осіб ($p=0,0002$) та за рахунок цього мали кращі умови проживання ($p<0,01$), що вплинуло на дещо вищі показники сукупної оцінки доходу, ніж у групі порівняння ($p=0,025$), хоча загальна оцінка умов проживання була низькою в обох групах ($p=0,133$). Якість харчування ($p=0,880$) та забезпеченість одягом ($p=0,167$) як показники матеріального благополуччя, в обох групах були низькими.

Більшість хворих ($p=0,039$) дослідної групи ніколи не вступали у шлюб, займали підпорядковане положення у родині ($p<0,0001$), цілком залежали від найближчих родичів, їх думку не враховували при вирішенні родинних питань. При цьому стосунки із рідними мали нестійкий, напружений та часто конфліктний характер ($p<0,0001$), тоді як у групі порівняння переважали конфліктні стосунки із рідними. При цьому хворі обох груп переважно проживали з батьками ($p=0,996$) та мали знижену потребу у друзях ($p=0,187$).

Таблиця 3. Кореляційний аналіз між показниками шкал CDSS, HDRS, HARS та сферами соціального функціонування за опитувальником для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих у дослідній групі ($n=82$)

Шкала	ФП	ІП	АвП	ХКС	ХСЗО
CDSS, Загальний бал	0,323*	0,417*	0,302*	0,266*	0,312*
HARS, Загальний бал	0,014	0,271*	0,201	0,008	0,212
HARS, Симптоми тривоги	0,014	0,382*	0,119	0,216	0,178
HARS, Тривожний стан	0,276*	0,436*	0,287*	0,417*	0,305*
HDRS, Загальний бал	0,623*	0,427*	0,318*	0,299*	0,412*
HDRS, Депресія легкого ступеня	0,229*	0,326*	0,294*	0,319*	0,124
HDRS, Депресія середнього ступеня	0,495*	0,218*	0,354*	0,493*	0,173
HDRS, Депресія тяжкого ступеня	0,612*	0,388*	0,478*	0,538*	0,252*

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p<0,05$); ФП – фізична працездатність, ІП – інтелектуальна продуктивність, АвП – активність в побуті; ХКС – характеристика кола спілкування; ХСЗО – характер стосунків з оточуючими.

Оцінка сфери здоров'я, зокрема психічного здоров'я, виявила, що хворі дослідної групи частіше госпіталізуються ($p=0,011$), більше ніж в 43% випадків мають незадовільну оцінку як здоров'я в цілому ($p=0,032$) так і психічного ($p=0,007$) зокрема. Ставлення до терапії ($p=0,785$) та доступність препаратів нового покоління ($p=0,922$) в обох групах не мали статистично значущої різниці. Медикаментозну терапію хворі обох груп приймають нерегулярно та безсистемно, підтримувальну терапію приймають нетривалий час на фоні відсутності можливості регулярно купувати оригінальні препарати нового покоління.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Депресивна симптоматика сприяє поглибленню порушень у всіх сферах СФ у хворих на параноїдну форму шизофренії, що формує труднощі в реадaptaції та збереженні притаманного пацієнту рівня соціальної активності вже в перші роки захворювання, призводить до погіршення подальшого клінічного прогнозу.

2. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії дозволить довше зберігати притаманний пацієнту до хвороби рівень соціального функціонування, краще розуміти особливості свого захворювання, виявляти ранні симптоми загострення хвороби і, зокрема, депресії, що покращить реадaptaцію хворого у соціумі.

Список використаної літератури

1. Вишнева О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишнева, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 4 (20). – С. 30–36.
2. Гнатюшин М. С. Шизофрения: сучасний погляд / М. С. Гнатюшин, О. О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2012. – С. 199–205.
3. Дзеружинская Н. О. Социально-психологическая характеристика больных шизофренией с различными вариантами самостигматизации / Н. О. Дзеружинская, В. О. Ломтева // Архив психиатрии. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 24–27.
4. Солохина Т. А. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни / Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко // Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье; под ред. проф. В. С. Ястребова. – 2-е изд. – М.: МАКС-Пресс, 2008. – С. 8.
5. Abi-Dargham A. Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction [Електронний ресурс] / Anissa Abi-Dargham // Journal of Clinical Psychiatry. – 2014. – Vol. 75 (11). – P. 31. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107>.

6. Relationship between depressive symptoms and quality of life in Nigerian patients with schizophrenia / A. Akinsulore, O. Aloba, B. Mapayi [et al.] // Psychiatry Epidemiol. – 2014. – Vol. 49, № 8. – P. 1191–1198.
7. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life / S. Almond, M. Knapp, C. Francois [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 184, № 346. – P. 51–57.
8. Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Jukel, P. L. Morosini // Curr. Opin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 6. – P. 630–639.
9. Depression in first episode schizophrenia / R. C. Koreen [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1643–1648.
10. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms [Електронний ресурс] / M. Nyer, J. Kasckow, I. Fellows [et al.] // Ann. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 172–179. – Режим доступу до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=20680190>.
11. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia / J. Ventura, K. L. Subotnic, L. H. Guzik [et al.] // Schizophr. Res. – 2011. – Vol. 132, № 1. – P. 18–23.

References

1. Vishnevskaja, O.A., Gvozdeckij, A.N., Petrova, N.N. Social'noe funkcionirovanie bol'nyh paranojdnoj shizofreniej v remissii [Social functioning patients with paranoid schizophrenia in remission]. Social'naja i klinicheskaja psichiatrija - Social and clinical psychiatry, 2012, no. 4 (20), pp. 30-36 [in Russian].
2. Gnatyushyn, M.S., Belov, O.O. Shyzofrenija: suchasnyj poglyad [Schizophrenia: a modern view]. Vinnycja, Konsol' Publ., 2012, pp. 199-205 [in Ukrainian].
3. Dzeruzhinskaja, N.O., Lomteva, V.O. Social'no-psihologicheskaja harakteristika bol'nyh shizofreniej s razlichnymi variantami samostigmatizacii [Socio-psychological characteristics of schizophrenia patients with a variety of options in self]. Arkhiv psichiatrii - Archives of Psychiatry, 2013, vol. 19, no. 2 (73), pp. 24 - 27 [in Russian].
4. Solohina, T.A., Shevchenko, L.S. Sem'ja i psihicheskoe rasstrojstvo: chto mozhet pomoch' sem'e v preodolenii bolezni [Family and mental illness: it can help the family to overcome the disease]. 2d. Dvenadcat' lekcij o psichiatrii i psihicheskomo zdorov'e pod red. prof. V.S. Jastrebova - Twelve lectures of psychiatry and mental health, ed.: prof. V.S. Yastrebova. Moscow, MAKS-Press Publ., 2008, pp. 8 [in Russian].
5. Abi-Dargham, A. Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction. Journal of Clinical Psychiatry, 2014, vol. 75 (11), p. 31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107> (accessed 4 october 2016) [in English].
6. Akinsulore, A., Aloba, O., Mapayi, B. et al. Relationship between depressive symptoms and quality of life in Nigerian patients with schizophrenia. Psychiatry Epidemiol., 2014, vol. 49, no. 8, pp. 1191 - 1198 [in English].
7. Almond, S., Knap, M., Francois, C. et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. Br. J. Psychiatry, 2004, vol. 184, no. 346, pp. 51-57 [in English].
8. Jukel, G., Morosini, P.L. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. Curr. Opin. Psychiatry, 2008, vol. 6, pp. 630-639 [in English].
9. Koreen, R.C. et al. Depression in first episode schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1993, vol. 150, pp. 1643-1648 [in English].
10. Nyer, M., Kasckow, J., Fellow, I. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms. Ann. Clin. Psychiatry, 2010, vol. 22, no. 3, pp. 172-179. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=20680190> (accessed 5 October 2016) [in English].
11. Ventura, J., Subotnic, K.L., Guzik, L.H. et al. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia. Schizophr. Res., 2011, vol. 132, no. 1, pp. 18-23 [in English].

ИССЛЕДОВАНИЕ СФЕР СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ К.С. Живаго

Актуальность. В последнее время все больше внимания уделяется социальным последствиям психической патологии, вопросам социальной дезадаптации и существенному ухудшению качества жизни психически больных и их близких. Распространенность депрессивной симптоматики при параноидной шизофрении (7–75%) обуславливает актуальность исследований в этой сфере.

Цель работы – исследование особенностей социального функционирования больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии.

Материалы и методы. В исследовании были использованы клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, патопсихологические, социально-демографический методы и метод математической статистики. На основе добровольного информированного согласия нами обследовано 129 больных параноидной формой шизофрении. Они были распределены на исследуемую группу, которую составили 82 больных с симптомами депрессии, и группу сравнения – 47 пациентов без симптомов депрессии. В исследовании использованы шкалы PANSS, HDRS, CDSS, HARS. Группы не отличались по основным демографическим показателям, длительности и течению шизофрении. Для исследования социального функционирования мы использовали опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных.

Результаты. Наиболее выраженные нарушения ($p<0,05$) у больных исследуемой группы наблюдались в области характеристики круга общения, в сравнении с группой сравнения. Также значительными были нарушения в сфере физической работоспособности и активности в быту. Наименее выраженные нарушения зарегистрированы в области характера отношений с окружающими, по сравнению с группой сравнения. Корреляционный анализ ($p<0,05$) показал прямую зависимость между нарушениями в сферах социального функционирования и уровнем депрессии.

Выводы. Депрессивная симптоматика у больных параноидной формой шизофрении способствует углублению нарушений во всех сферах социального функционирования, что формирует трудности в реадaptaции и сохранении присутствующего пациенту уровня социальной активности уже в первые годы заболевания, приводит к ухудшению дальнейшего клинического прогноза. Разработка комплекса мер медико-социальной реабилитации больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии позволит дольше сохранять уровень социального функционирования, присутствующий пациенту до болезни, лучше понимать особенности своего заболевания, выявлять ранние симптомы обострения болезни и, в частности, депрессии, улучшит реадaptaцию больного в социуме.

Ключевые слова: депрессия, параноидная шизофрения, социальное функционирование, сфера, медико-социальная реабилитация.

STUDY OF SPHERES OF SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Kh.S. Zhyvago

Background. In recent years, more and more attention is paid to the social impact of mental pathology, issues of social exclusion, and a significant deterioration in the quality of life of the mentally ill and their families. The prevalence of depressive symptoms in paranoid schizophrenia (7 - 75%) determines the relevance of research in this area.

The objective – research of features of social functioning of patients with paranoid schizophrenia with depressive symptoms. The research methods were used: clinical-anamnestic, clinical, psychopathological, pathopsychological, socio-demographic and mathematical statistics.

Methods and materials. On the basis of voluntary informed consent, we examined 129 patients with paranoid schizophrenia. They were divided into a study group (82 pers.), which included patients with symptoms of depression and the comparison group (47 pers.) – with no symptoms of depression. The study used the PANSS, HDRS, CDSS and HARS scales. Groups did not differ in the basic demographic indicators, duration and course of schizophrenia. For the study of social functioning, we used a questionnaire to assess social functioning and quality of life of the mentally ill.

Results. The most pronounced disturbances ($p < 0,05$) in patients with the research group observed in characteristics of the circle of communication compared to the comparison group. Also significant were the violations in the field of physical activity and domestic activity. Less pronounced disorders registered in the nature of the relationship with the surrounding compared with the comparison group. Correlation analysis ($p < 0,05$) showed a direct relationship between violations in the areas of social functioning and the level of depression.

Conclusions. Depressive symptoms contribute to the deepening of violations in all spheres of social functioning in patients with paranoid schizophrenia that creates difficulties in the rehabilitation and preservation of the social level of activity inherent to the patient in the early years of the disease, leading to a deterioration in the further clinical prognosis. Develop a set of measures of medical and social rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia with depressive symptoms will allow longer maintain proper patient premorbid social functioning level, to better understand the features of the disease, identify the early symptoms of acute illness, in particular depression, improve the patient's reinsertion in society.

Key words: depression, paranoid schizophrenia, social functioning, sphere, medical and social rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 07.08.2016 р.

ЖИВАГО Христина Сергіївна, аспірант кафедри психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com

ЖИВАГО Кристина Сергеевна, аспірант кафедри психіатрії та наркології НМУ імені А.А. Богомольця, г. Київ; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com

ZHYVANO Khrystyna Serhiivna, graduate student of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National medical university, Kyiv; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com