

ПРЕДИКТОРЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О. А. Жукова — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **И. Л. Кром** — Институт социального образования (филиал) РГСУ в Саратове, руководитель центра медико-социологических исследований, профессор кафедры социальной работы и социального права, доктор медицинских наук; **Ю. Б. Барыльник** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии, профессор, доктор медицинских наук.

PREDICTORS OF RESOCIALIZATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: MEDICO-SOCIOLOGICAL ANALYSIS

O. A. Zhukova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate; **I. L. Krom** — Institute of Social Education (Saratov Branch), Head of Department of Medical and Social Research, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. B. Barylnik** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 22.12.2011 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Жукова О. А., Кром И. Л., Барыльник Ю. Б. Предикторы ресоциализации больных шизофренией: медико-социологический анализ // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 105–107.

В качестве социальных предикторов, определяющих рост частоты психических заболеваний, рассматривают процессы урбанизации, стрессогенные события и другие социальные тенденции современного мира. Отмечается их прямая связь с манифестацией психических расстройств, в том числе шизофренией. Наиболее подвержены психическим расстройствам лица, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации или малоимущие. По тяжести социальных последствий и по нарушению адаптации шизофрения продолжает лидировать в психиатрии. Течение шизофрении является одним из основных клинических предикторов медицинского и социального прогноза. Проведенное исследование устанавливает, что клинические предикторы, определяющие тяжесть состояния больных с незлокачественным течением шизофрении, не являются облигатными в социализации данной категории больных.

Ключевые слова: шизофрения, социальные предикторы, ресоциализация.

Zhukova O. A., Krom I. L., Barylnik Yu. B. Predictors of resocialization of patients with schizophrenia: medico-sociological analysis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 1. P. 105–107.

Processes of urbanization, stressful events and other social trends of the modern world are considered as the social predictors determining the growth of frequency of mental illness. They are directly associated with manifestations of mental disorders, including schizophrenia. The majority of people is subjected to mental disorders living in unfavorable conditions. According to severe social consequences schizophrenia takes the leading position in psychiatry. Course of schizophrenia is one of the main clinical predictors of clinical and social prognosis. The research has established that the clinical predictors determining the severity of non-cancerous condition of patients with schizophrenia are not obligate in the socialization of the patients.

Key words: schizophrenia, social predictors, resocialization.

Введение. В настоящее время неуклонно растет количество людей, страдающих от психического неблагополучия, которое приводит их к социальной дезадаптации. У больных шизофренией социальное функционирование нарушается рано и глубоко. Не случайно по тяжести социальных последствий и по нарушению адаптации шизофрения продолжает лидировать в психиатрии. Зарубежные исследования социальной компетентности во взрослом возрасте часто осуществляются на модели шизофрении, что объясняется значительным ухудшением социального функционирования данной категории больных. Причинами госпитализации большинства больных в психиатрическую больницу являются нарушение ресоциализации (ограничение возможности выполнения социальных ролей) и невозможность самостоятельно решать возникающие жизненные проблемы [1].

В литературе указываются многочисленные клинические предикторы, оказывающие влияние на ре-

социализацию больных, страдающих шизофренией. Частота поступлений в стационар может служить одним из важных показателей, характеризующих не только тяжесть течения заболевания, но и во многих случаях глубину десоциализации больного [2]. По мнению В. Г. Каледы, предиктором, свидетельствующим о неблагоприятном прогнозе заболевания, является кататоническая структура манифестного приступа. Благоприятными прогностическими факторами являются аффективно-бредовая структура манифестного приступа, маниакальный полюс аффекта в структуре аффективно-бредовых приступов. Прогностически важным фактором является также острое начало заболевания без предшествующего инициального этапа [3].

Неблагоприятные исходы шизофрении в первую очередь определяются так называемой негативной симптоматикой — выраженным снижением собственных данной личности интересов и активности, эмоциональным обеднением, нарастающей замкнутостью (аутизм), разнообразными нарушениями мышления и поведения (вплоть до шизофренического слабоумия) [4].

Ответственный автор — Жукова Ольга Анатольевна.
Адрес: 410 600, г. Саратов, ул. Чернышевского, 57 А, кв. 96.
Тел.: 8 905-034-24-70.
E-mail: gukovaolga2009@rambler.ru

Развитие психического дефекта при шизофрении определяется негативными симптомами болезни, наибольшая степень выраженности которых характеризуется как «конечное» состояние. Формирование психического дефекта, т.е. нарастание негативных изменений при шизофрении во многом зависит от темпа прогрессивности [5].

Цель: доказательство необлигатности клинических предикторов в ресоциализации больных при незлокачественном течении шизофрении.

Методы. Настоящая работа основана на результатах наблюдения 120 больных трудоспособного возраста (женщины до 55 и мужчины до 60 лет), находящихся на лечении в стационаре ГУЗ «Саратовская областная психиатрическая больница им. Святой Софии» в 2008–2011 гг. по поводу шизофрении незлокачественного течения. Контрольную группу, 100 респондентов, составили клинически здоровые лица.

У всех респондентов диагноз «шизофрения» был поставлен на основании жалоб, анамнестических данных, клинической картины заболевания, критериев по МКБ-10 (русское издание), результатов экспериментально-психологических исследований и психодиагностического исследования с использованием опросника ВОЗ КЖ-100; с целью диагностики адекватности самооценки больных проводилась проба Дембо — Рубинштейн. Постановке окончательного диагноза предшествовало обследование больных в стационаре ГУЗ «Саратовская областная психиатрическая больница им. Святой Софии».

Большую часть пациентов составили лица до 50 лет (85,8%). Преобладание женщин (70%) объясняется тем, что исследование проводилось в основном на базе женского отделения больницы. Инвалидность второй группы установлена 54 пациентам (45%), третьей группы — у 1 пациента (0,8%). У большинства респондентов (54,2%) инвалидность отсутствует. Большая часть респондентов (86,3%) находилась на стационарном лечении, 13,7% респондентов посещали дневной стационар и получали амбулаторное лечение. Длительность заболевания у большинства пациентов составила более пяти лет — 88,4% (94 человека); 21,6% (26 человек) страдали психическим заболеванием до трех лет. Большинству респондентов (71,5%) по поводу обострения шизофрении 1–2 раза в год проводилось стационарное лечение; 28,5% респондентов находятся на стационарном лечении по поводу обострения заболевания до пяти раз в год.

Для исследования связи ресоциализации больных от течения болезни применялся критерий Хи-квадрат Пирсона. В качестве критерия эффективности ресоциализации в работе был использован интегральный показатель, учитывающий сохранение способности к учебной и трудовой деятельности после прохождения курса лечения.

Результаты. В нашем исследовании проводилась дифференциация больных шизофренией по группам, при этом оценивалось влияние клинических предикторов на эффективность ресоциализации больных [6].

Первую группу составили 23 респондента (19,1%), клинические и социальные показатели которых были достаточно высокими (интегративный тип адаптации) [7]. Повторные госпитализации у данной категории больных были не чаще в одного раза год. При условии первичного обращения период ремиссии составлял не менее года. В межприступный период негативные расстройства не были выражены, была сформирована критика психопродуктивной симптоматики, имевшей место на момент поступления. У этих пациентов не менялся профессиональный статус, после выписки они продолжали работать по профессии или возвращались на прежнее место учебы.

Вторую группу составили 50 респондентов (41,7%), у которых прослеживалось снижение социальной адаптации (интравертированный тип адаптации) [7]. Отмечалось учащение госпитализаций, происходило нарастание негативной симптоматики в виде эмоциональной холодности, замкнутости, у многих либо отсутствовала критика болезни, либо оставалась на формальном уровне. Пациенты ограничивали круг общения. В дальнейшем многие прекращали работу или учебу или выходили на группу инвалидности.

Третью группу (6,7%) составили пациенты, у которых низкие клинические показатели сочетались со сравнительно высокими социальными показателями (экстравертный тип адаптации) [7]. В ремиссии сохранялись выраженные негативные нарушения в виде обеднения эмоциональных реакций, аутизации, выявлялась продуктивная симптоматика, отмечались нарушения мышления в виде соскальзывания, разноплановости, резонерства. Однако, имея вторую группу инвалидности, они продолжали работать на низкоквалифицированных работах.

Четвертую группу (32,5%) составили пациенты с выраженными негативными расстройствами и низким уровнем социального функционирования.

Все пациенты, включенные в исследование, страдали параноидной формой шизофрении. Течение шизофрении является одним из основных клинических предикторов клинического и социального прогноза. Большинство пациентов (60,8%) страдали приступообразным типом течения шизофрении, у 39,2% был диагностирован непрерывно-прогредиентный тип течения болезни. В качестве клинических предикторов изучались характеристики форм шизофрении на основе синдромального подхода.

В нашем исследовании у 15 человек (12,5%) отмечался психопатоподобный синдром. В клинической картине этих случаев у больных выявлялась раздражительность, вспыльчивость, грубость, капризность, склонность к демонстративным самоповреждениям и попыткам к самоубийству, непоследовательность в поведении. Отмечалось враждебное чувство к родным, игнорирование реальной действительности, эмоциональная неадекватность, парадоксальное поведение.

В большинстве случаев, у 75 человек (62,5%), был диагностирован параноидный синдром. Клиническая картина была представлена бредовыми идеями преследования, воздействия, отравления, режы — величия. Во многих случаях присутствовала галлюцинаторная симптоматика, которая была представлена слуховыми обманами, носящими характер истинных и псевдогаллюцинаций, часто обонятельных галлюцинаций неприятного оттенка (пахнет трупом, «душливыми газами»), сенестопатиями, телесными галлюцинациями, явлениями психического автоматизма (синдром Кандинского — Клерамбо).

В 22,5% выявлялся аффективно-бредовый синдром. В клинической картине отмечались периоды повышенного настроения с восторженностью, ощущением блаженства, стремлением к деятельности, переоценкой своей личности, которые сменялись сниженным настроением с вялостью. Они могли сменяться бездеятельностью, преувеличением значимости мелких реальных конфликтов, снижением активности, вегетативными нарушениями.

У трех человек (2,5%) клиническая картина была представлена депрессивным синдромом. В мышлении выявлялись сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания, самообвинения, самоуничтожения, самооговоры; в эмоциональной сфере — реакции тревоги и страха; двигательно-волевые расстройства включали угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции.

Для большинства больных наличие шизофрении предполагает потерю основного места работы или снижение квалификации. Из 120 респондентов работают лишь 37 человек (30,8%), большая часть из них (81%) заняты в областях с невысокими квалификационными требованиями. Должности, требующие высшего образования, занимают лишь 9% респондентов. Пациенты с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении реже, чем больные с непрерывно-прогредиентным типом течения болезни, поступали в стационар, у большинства срок начала заболевания был не более трех лет, изменения личности у большинства пациентов с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении были выражены незначительно по сравнению со второй группой пациентов. При этом не выявлено статистически значимой связи ($p > 0,05$) эффективности ресоциализации больных при незлокачественном течении шизофрении с оцениваемыми клиническими предикторами, определяющими тяжесть состояния пациентов.

Обсуждение. Тяжелое психическое расстройство вызывает нарушение социализации — единственный объективный диагностический показатель для всех форм шизофрении (DSM-IV) [8]. Исследования закономерностей развития шизофрении показали важность изучения зависимости между типом течения заболевания, его синдромальной характеристикой и степенью нарушения социального функционирования больного на каждом этапе развития болезни. В 1974 г. J.S. Strauss и соавторы [9] высказали предположение, что при шизофрении существуют три независимых друг от друга вида расстройств: позитивная, негативная симптоматика и нарушение социальных взаимоотношений. Последующие исследования выявили ряд дополнительных факторов, подтверждающих данное предположение. По мнению авторов, при шизофрении имеет место дефицит социальных навыков, либо существующий изначально, либо утраченный вследствие длительной госпитализации. Полностью не отрицается неблагоприятное влияние негативной симптоматики на социальную компетентность больных, но подчеркивается, что последняя может быть нарушена и до появления признаков эмоционально-волевого дефекта [10].

Известно, что наиболее неблагоприятен клинический и социальный прогноз при злокачественной непрерывно-прогредиентной шизофрении. Практически все больные с этой формой болезни находятся в психиатрических больницах или психиатрических учреждениях социального обеспечения. Относительно благоприятным можно считать прогноз рекуррентной шизофрении, хотя он весьма различен в случаях одноприступных форм и форм с малым числом приступов и длительными ремиссиями, с одной стороны, и вариантов с частыми приступами или при осложненном течении болезни — с другой. Здесь прогноз должен быть максимально индивидуальным [5].

При непрерывнотекущей шизофрении наиболее благоприятен как клинический, так и социальный прогноз при малопрогрессирующих формах. В процессе лечения значительно, хотя и неравномерно обратному развитию подвергаются не только продуктивные расстройства, но и часть негативной симптоматики, которая на более ранних этапах заболевания вызывает социальную дезадаптацию больных. В остальных случаях непрерывнотекущей шизофрении существенное значение для оценки прогноза имеют различия в степени прогредиентности болезненного процесса [5].

В рамках проведенного нами исследования влияния тяжести состояния больных при незлокачественном течении шизофрении обнаружены доказательства необязательности клинических предикторов в ресоциализации данной категории пациентов.

Заключение. Найденные доказательства отсутствия обязательной роли клинических предикторов в ресоциализации лиц, страдающих шизофренией при незлокачественном течении, определяют перспективы медико-социальной реабилитации и возможность преодоления в обществе социально-экономических последствий инвалидизации данной категории пациентов.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования О.А. Жуковой на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Библиографический список

1. Коцубинский А. П., Шейнина Н. С. Уточнение основных понятий концепции адаптации психически больных // *Обозр. психiatr. и мед. психолог. им. В. М. Бехтерева*. 1996. № 2. С. 203–212.
2. Турьянов Т. А. Адаптация больных шизофренией с длительным течением заболевания: клинико-социальный, иммунологический и реабилитационный аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. 24 с.
3. Каледя В. Г. Закономерности течения и исхода приступообразных эндогенных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте (катамнестическое исследование) // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2008. № 9. С. 11–23.
4. Бородин В. И. Атипичные антипсихотики — эффективная терапия при шизофрении // *Здоровье Украины: мед. газета*. 2007. № 6/1. С. 68–69.
5. Руководство по психиатрии: в 2 т./под ред. А. С. Тиганова. Т. 1. М.: Медицина, 1999. 787 с.
6. Юровская Е. М.. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством (клинические, социальные и адаптационные аспекты): дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 183 с.
7. Логвинович Г. В. Дифференцированная оценка адаптации больных шизофренией: метод. рекомендации. Томск, 1986. 22 с.
8. Левина Н. Б., Любов Е. Б., Русакова Г. А. Труд и тяжелое психическое расстройство: проблемы и решения // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010. Т. 20, № 1. Ч. 1. С. 91–99.
9. Strauss J. S., Carpenter W. T. The prediction of outcome in schizophrenia: characteristics of outcome // *Arch. Gen Psychiatry*. 1972. Vol. 27. P. 739–743.
10. Митрофанова О. И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 19 с.

Translit

1. Kocjubinskij A. P., Shejnina N. S. Utochnenie osnovnyh ponjatij koncepcii adaptacii psihicheski bol'nyh // *Obozn. psichiatr. i med. psiholog. im. V. M. Behtereva*. 1996. № 2. S. 203–212.
2. Tur'janov T. A. Adaptacija bol'nyh shizofreniej s dlitel'nym techeniem zabolevanija: kliniko-social'nyj, immunologicheskij i reabilitacionnyj aspekty: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2005. 24 s.
3. Kaleda V. G. Zakonomernosti techenija i ishoda pristupoobraznyh jendogennyh psihozov, manifestirujuwih v junosheskom vozraste (katamnesticheckoe issledovanie) // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. 2008. № 9. S. 11–23.
4. Borodin V. I. Atipichnye antipsihotiki — jeffektivnaja terapija pri shizofrenii // *Zdorov'e Ukrainy: med. gazeta*. 2007. № 6/1. S. 68–69.
5. Rukovodstvo po psichiatrii: v 2 t./pod red. A. S. Tiganova. T. 1. M.: Medicina, 1999. 787 s.
6. Jurovskaja E. M.. Psihosocial'naja reabilitacija bol'nyh shizofreniej i shizotipicheskim rasstrojstvom (klinicheskie, social'nye i adaptacionnye aspekty): dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2004. 183 s.
7. Logvinovich G. V. Differencirovannaja ocenka adaptacii bol'nyh shizofreniej: metod. rekomendacii. Tomsk, 1986. 22 s.
8. Levina N. B., Ljubov E. B., Rusakova G. A. Trud i tiazheloe psihicheckoe rasstrojstvo: problemy i reshenija // *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija*. 2010. T. 20, № 1. Ch. 1. S. 91–99.
9. Strauss J. S., Carpenter W. T. The prediction of outcome in schizophrenia: characteristics of outcome // *Arch. Gen Psychiatry*. 1972. Vol. 27. P. 739–743.
10. Mitrofanova O. I. Kachestvo zhizni bol'nyh shizofreniej v raznyh gruppah naselenija (kliniko-social'nyj i gendernyj aspekty): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2008. 19 s.