

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

*О. М. Царенко***ВЗАЄМОВПЛИВ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ, ОСОБИСТІСНИХ, МІЖОСОБИСТІСНИХ ТА СЕРЕДОВИЩНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію

У системі попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих провідне місце належить примусовому лікуванню, а організація лікувально-реабілітаційної роботи в цих умовах вимагає комплексного, системного походу [1].

Більше половини пацієнтів, які перебувають на примусовому лікуванні після вчинення ними суспільно небезпечних дій, страждають на шизофренію. Своєрідність цих пацієнтів обумовлена концентрацією багатьох проблем: вираженості продуктивної і/або негативної психопатологічної симптоматики, проявів нейрокогнітивного дефіциту, розвитку різних видів терапевтичної резистентності, наявності поліморбідних станів, агресивності, відсутність комплаєнсу [2].

Ускладнюють проблему лікування глибока дезадаптація пацієнтів, що розвивається як реакція на тривалу ізоляцію, а також специфічні особистісні особливості. Сам факт примусового лікування, що призводить до багаторічної ізоляції, відіграє негативну роль у цій дезадаптації як джерело стресу і конфліктів. До того, у більшості випадків спостерігається відмова родичів від спілкування з хворим, що трапляється на тлі вираженої стигматизації [3].

Специфіка лікування хворих на шизофренію в умовах примусового лікування визначається не тільки їх клінічними, соціальними та психологічними особливостями, а й рядом інших факторів, серед яких найбільш значимими є наступні: • переважання хворих, резистентних до фармакотерапії; • некомплаєнтність пацієнтів; • питома вага екзогенних факторів в анамнезі хворих: патологічна залежність від психоактивних речовин (чай, нікотин, алкоголь, наркотики), органічне ураження ЦНС (найчастіше черепно-мозкові травми) і їх поєднання; • наявність у пацієнтів нейрокогнітивних порушень; • наявність госпіталізму, що потенціює формуван-

ня вторинної негативної симптоматики; • перебування в одному відділенні хворих з асоціальними формами поведінки, соціальної дезадаптацією і дефіцитом соціальних навичок; • тривалість примусового лікування, яка значно перевищує курс терапії, необхідний для досягнення власне клінічного ефекту.

Вищевикладені чинники диктують необхідність диференційованого підходу до створення реабілітаційних програм для пацієнтів з шизофренію, які отримують лікування в примусових умовах.

З огляду на вищенаведене, з метою пошуку наявності взаємозв'язків між чинниками розвитку явища госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію, які знаходяться в умовах примусового лікування, як підґрунтя для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції і профілактики, протягом 2010 – 2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих з посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні №2, нами здійснено комплексне обстеження 118 пацієнтів з діагнозом параноїдної шизофренії, що перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь–3) МКХ–10. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ–10 “Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ” (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром) та “Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів” (PANSS) [4]. Соціальне функціонування досліджувалось за допомогою блока 3 Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment

Scale), яка оцінює внутрішньолікарняне функціонування пацієнта [5]. Оцінка клінічних форм госпіталізму чинилася з допомогою однойменної стандартизованої клінічної шкали, розробленої під керівництвом проф. В. А. Абрамова [6], міжособистісних стосунків хворих – за однойменним опитувальником (розробка В. Шутца в адаптації А. А. Рукавішнікова) [7]. Визначення типу терапевтичного середовища здійснювалось за допомогою методики, розробленої проф. Л. Ф. Шестопаловою і В. А. Кожевніковою [8].

За результатами проведеного комплексного аналізу досліджено взаємозв'язки чинників ризику та антиризиків розвитку госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування (ГДПЛ). Відокремлені взаємозв'язки розподілені у три групи за ступенем вираженості ГДПЛ:

1. Перший ступінь. Чинники ризику виражені слабо, не впливають на загальне функціонування у стаціонарі, проте, їх наявність свідчить про необхідність їх постійного діагностичного моніторингу. Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – міцні, не мають «порушень внутрішньоструктурних елементів», тобто у повній мірі виконують свої функції та не потребують психокорекційного втручання.

2. Другий ступінь. Чинники ризику виражені значно, впливають на загальне функціонування у стаціонарі, знижуючи його, їх наявність свідчить про необхідність застосування психокорекційних заходів та постійного діагностичного моніторингу з метою їх профілактики. Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – послаблені, мають «порушення внутрішньоструктурних елементів», тобто у повній мірі не виконують свої функції та потребують психокорекційного втручання.

3. Третій ступінь. Чинники ризику дуже значно виражені, порушують загальне функціонування у стаціонарі, значно знижуючи його, їх наявність свідчить про необхідність застосування психокорекційних заходів та перегляду психофармакотерапевтичного лікування, необхідний їх постійний моніторинг з метою недопущення розвитку тяжких – «безповоротних» форм ГДПЛ (виражені дисфункції самообслуговування). Захисні – стримуючі чинники антиризиків розвитку ГДПЛ – значно послаблені, мають «виражені порушення внутрішньоструктурних елементів», тобто повністю не виконують свої функції щодо адаптації та підтримки необхідних, мінімальних навичок існування, потребують «кризового» психокорекційного втручання.

Із прогностичною метою відокремлено вплив клініко-психопатологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників, які впливають на ступінь вираженості ГДПЛ. У табл. 1 представлені основні клініко-психопатологічні чинники, які впливають на ступінь вираженості ГДПЛ у хворих (тіснота кореляційного зв'язку показників: « \cdot » зв'язок не встановлено; «+» “ 0,6”069 (вірогідний вплив); «++» “ 0,70”0,79 (вагомий вплив); «+++» “ 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)).

Як видно з даних табл. 1, дуже вагомий вплив оказували значущі клініко-психопатологічні чинники, які приймали участь у формуванні ГДПЛ. До них віднесено:

1. Перший ступінь ГДПЛ: депресивно-параноїдний та астенічний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, епізодичний із прогресивним тип перебігу, збудження у вираженому ступені прояву, пасивно-апатичний соціальний відхід, значно виражений ступінь негативних синдромів, напруга, труднощі концентрування уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності, виражений та значно виражений ступінь проявів загально-психопатологічних синдромів, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

2. Другий ступінь ГДПЛ: вік 31-40 рр. із епізодичним з стабільним дефектом, вік 51-60 рр. з епізодичним з прогресивним перебігом, депресивно-параноїдний та астенічний синдроми, галюцинаторно-параноїдний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, безперервний тип перебігу, епізодичний із прогресивним тип перебігу, епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом, марення, підозрілість-переслідування, прояви ворожості, помірний та виражений ступінь проявів позитивних синдромів, сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення, виражений та значно виражений ступінь проявів негативних синдромів, напруга, труднощі концентрування уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби, вольові порушення, порушення соціальної активності, виражений та значно виражений ступінь проявів загально-психопатологічних синдромів, проблеми пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

Результати аналізу парної кореляції клініко-психопатологічних чинників у досліджених за інтенсивністю впливу на ступінь вираженості ГДПЛ

Чинники / Показники	Ступінь ГДПЛ		
	1	2	3
Вік 31-40 рр. із епізодичним з стабільним дефектом	+	++	+++
Вік 51-60 рр. з епізодичним з прогредієнтним перебігом	+	++	+++
Депресивно-параноїдний та астенічний синдроми	+++	++	+
Галюцінаторно-параноїдний синдроми	+	+++	+
Параноїдний та депресивний синдроми	+	+	+++
Стійкість синдромів / стабільність клінічної картини	+++	+++	+++
Безперервний тип перебіг	+	++	+++
Епізодичний із прогредієнтним тип перебігу	+++	++	+
Епізодичний тип перебігу зі стабільним дефектом	+	+++	+
Позитивні синдроми (PANSS):			
Збудження	+++	+	+
Марення	+	+++	+
Підозрілість-переслідування	+	++	+++
Прояви ворожості	+	+++	+
Ступінь вираженості позитивних синдромів			
Помірний	+	++	+++
Виражений	+++	+++	+++
Негативні синдроми (PANSS):			
Сплющення афекту	+	++	+++
Емоційна відгородженість	+	++	+++
Пасивно-апатичний соціальний відхід	+++	++	+++
Стереотипність мислення	+	++	+++
Ступінь вираженості негативних синдромів:			
Виражений	+	++	+++
Значно виражений	+++	++	+
Загально-психопатологічні синдроми (PANSS):			
Напруга	+++	++	+
Труднощі концентрування уваги	+++	++	+
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	+++	++	+
Вольові порушення	+++	+++	+++
Порушення соціальної активності	+++	++	+
Ступінь вираженості загально-психопатологічних синдромів:			
Виразний	+++	++	+
Значно виражений	+++	++	+
Контекстуальні чинники:			
Проблеми пов'язані з: первинною підтримкою оточуючих	+++	+++	+++
Певні психосоціальні обставини	+++	+++	+++
Юридичні обставини	+++	+++	+++

3. Третій ступінь ГДПЛ: вік 31-40 рр. із епізодичним перебігом зі стабільним дефектом, вік 51-60 рр. з епізодичним та/або прогредієнтним перебігом, параноїдний та депресивний синдроми, стійкість синдромів / стабільність клінічної картини, безперервний тип перебігу,

підозрілість-переслідування, помірний та виражений ступінь проявів позитивних синдромів, сплющення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення, виражений ступінь проявів негативних синдромів, вольові порушення, про-

блеми пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, певними психосоціальними та юридичними обставинами ($p < 0,05$).

Особистісні, міжособистісні та середовищні чинники оцінювалися із позиції не лише виявлення їх у діагностичному сенсі, а, у більшому ступені, із метою їх використання у психокорекційних програмах як мішеней терапії на психо-

соціальному та соціальному рівні функціонування пацієнтів. У табл. 2 представлені основні особистісні, міжособистісні та середовищні чинники, які впливали на ступінь вираженості ГДПЛ (тіснота кореляційного зв'язку показників: « r » зв'язок не встановлено; « $+$ » “ 0,6”069 (вірогідний вплив); « $++$ » “ 0,70”0,79 (вагомий вплив); « $+++$ » “ 0,80 та вище (дуже вагомий вплив)).

Таблиця 2

Результати аналізу парної кореляції особистісних, міжособистісних та середовищних чинників, які впливали на ступінь вираженості ГДПЛ

Чинники / Показники	Ступінь ГДПЛ		
	1	2	3
Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності			
Поведінка у палаті	+	++	+++
Думка медсестер або родичів	+	+	+
Заняття пацієнта	+	++	+++
Контакт з зовнішнім світом	++	++	++
Ступень дисфункції (Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності)			
Очевидна	+	++	+++
Серйозна	+++	++	+
Дуже серйозна	+	+++	+
Фази формування синдрому госпіталізму			
фаза окремих симптомів	+++	+	+
фаза формування синдрому	+++	++	+
фаза сформованого синдрому	+	++	+++
Міжособистісні стосунки			
Залученість - шкала Ie (поведінка індивіда)	+++	++	+
Залученість – шкала Iw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+	+	+
Контроль - шкала Ce (поведінка індивіда)	+++	++	+
Контроль - шкала Cw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+++	+++	+++
Афект - шкала Ae (поведінка індивіда)	+++	++	+
Афект - шкала Aw (поведінка індивіда очікувана оточуючими)	+++	++	+
Терапевтичне середовище			
Нейтральна	+	+	+
Пригнічуюча	+++	+++	+++
Травмуюча	+++	+++	+++
Та, що виліковує	-	-	-
Комфортна	-	-	-

Як видно з табл. 2, дуже вагомий вплив оказували значущі особистісні, міжособистісні та середовищні чинники, які приймали участь у формуванні ГДПЛ. До них віднесено:

1. Перший ступінь ГДПЛ: контакт з зовнішнім світом, серйозна дисфункція, фаза окремих симптомів та фаза формування синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта у міжособистісних стосунках, а саме, залученості у контакти, контроль афекту, поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних сто-

сунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

2. Другий ступінь ГДПЛ: поведінка у палаті, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом, очевидна, серйозна дисфункція, фаза сформованого синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних стосунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

3. Третій ступінь ГДПЛ: поведінка у палаті, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом,

очевидна, серйозна та дуже серйозна дисфункція, фаза формування та фаза сформованого синдрому госпіталізму, поведінка пацієнта у міжособистісних стосунках (залученість в контакти, контроль афекту), поведінка пацієнта, очікувана оточуючими у міжособистісних стосунках (контроль афекту), пригнічуюче та травмуюче терапевтичне середовище ($p < 0,05$).

Окремо, за аналізом анамнестичних даних, нами відокремлено загальні чинники, які призводять до розвитку ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію. До таких чинників нами віднесено:

1. Низький й/або недостатній рівень загального розвитку особистості;
2. Відсутність батьків або значущих найближчих родичів;
3. Деструкція суспільних відносин;
4. Індивідуально-особистісні особливості;
5. Недостатній рівень критики;
6. Наявність аутоагресивних тенденцій.

Враховуючи результати вищевикладеного етапу кореляційного аналізу щодо клініко-психопатологічних, особистісних, міжособистісних та середовищних чинників на формування ГДПЛ, нами запропоновано відокремлення рівнів ризику її виникнення. Розробка та впровадження даних рівнів у роботу забезпечило прогностичний – інтегративний підхід у роботі із пацієнтами, а саме можливість своєчасного включення пацієнтів у профілактичну та психокорекційну програму. Ранжування показників за рівнями відбувалось за рахунок застосування кореляційного аналізу з виділенням тісноти зв'язків між шкалами та показниками застосованих методик та проводився окремо за кожною

суб'єктивною думкою – пацієнта, лікаря, молодшого медичного персоналу.

Відокремлено 4 рівня ризику виникнення ГДПЛ:

1. Перший рівень – ризик відсутній. Маркери дезадаптації не виявлені.
2. Другий рівень – ризик умовний. Маркери дезадаптації не стабільні.
3. Третій рівень – наявний ризик. Маркери дезадаптації стабільні та підтверджуються думкою лікаря та молодшого медичного персоналу.
4. Четвертий рівень – виражений ризик. Маркери дезадаптації прогресують та підтверджуються дослідженням пацієнта та думкою лікаря та молодшого медичного персоналу.

Даний підхід надав можливість проаналізувати виявлені проблеми на «незалежність їх існування». Проте, для визначення «мішеней» психокорекції був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням сильних кореляційних зв'язків між трьома рівнями (думками). Виявлено, що якщо за суб'єктивною думкою пацієнта, лікаря або молодшого медичного персоналу по деяким показникам зв'язок був слабкий або середній, тобто умовно у ієрархії проблем визначався як менш важливий, проте, у загальному кореляційному аналізі (об'єктивізуючи усі три думки), проблеми визначені як важливі (високий рівень кореляційного зв'язку). Негативних (зворотних) кореляційних зв'язків середнього показника по всіх шкалах та показниках за загальною інтегрованою оцінкою по окремими складовим не встановлено. Кореляційна перевірка щодо запропонованого підходу ранжування пацієнтів у групи ризику за рівнями виникнення ГДПЛ представлено у табл. 3.

Таблиця 3

Групування хворих за рівнем ризику виникнення ГДПЛ

Показники	Рівень ризику виникнення ГДПЛ			
	I	II	III	IV
Межі коливання коефіцієнту росту показників ризику-антиризiku	< 1,00	1,0-1,8	1,8-2,5	2,5-3,2
Усереднений коефіцієнт росту важкості чинників ризику	0,63	1,47	1,89	2,85
Співвідношення коефіцієнтів росту впливу чинників захисту та ризику (в цілому)	0,57	1,34	1,77	1,99
– клініко-психопатологічні	0,58	1,22	1,69	2,22
– особистісні	0,53	1,11	1,97	2,11
– міжособистісні	0,35	0,71	1,86	1,98
– середовищні	0,66	0,48	1,79	1,93
– контекстуальні	0,96	1,17	1,87	2,69

З даних представлених у табл. 3, можна стверджувати що в цілому запропонований підхід відокремлення груп ризику є науково обгрунто-

ваним. Так, пацієнти із першим ступенем ГДПЛ в цілому розподілилися у межі показників III та IV рівня ризику виникнення ГДПЛ.

Узагальнення отриманих даних свідчило, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма показниками. Проте, найбільший тісний зв'язок встановлено між міжособистісною взаємодією ($r = 0,99$), самообслуговуванням ($r = 0,93$) та незалежністю у діях ($r = 0,93$).

В цілому, на першій план психотерапевтичної корекції виходять проблеми відчуття хворих себе як психологічно та емоційно відторгнутих у стаціонарі серед середовища хворих. Така ситуація породжує коло причинно-наслідкових зв'язків дезадаптації: загальні комунікативні проблеми у стаціонарі викликають ситуаційно-обумовлені проблеми із дезадаптивною – фрустраційною реакцією на них, що, у свою чергу, знижує здатність адекватного їх вирішення хворим.

У хворих стаціонарне функціонування страждає комплексно в усіх сферах. Виходячи із цього, в рамках інтегративного підходу у комплексному лікуванні пацієнтів, можна окреслити певні рекомендації для профілактики ГДПЛ:

- необхідно більшу увагу приділяти терапії не лише психічного розладу, а також й соматичним наслідкам і супутнім захворюванням із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя;

- обов'язковим є відновлення навичок самообслуговування й незалежності у діях, які в цілому є більш складними об'єктами для терапевтичного впливу, оскільки залежать від сукупних об'єктивних умов викликаних знаходженням у стаціонарі;

- проведення психокорекції повинно обов'язково спиратися на показники трьох ланок: пацієнта, лікаря, молодшого медичного персоналу

- необхідно будувати психотерапевтичний вплив у напрямку нівелювання негативних наслідків базового психологічно емоційного відчуття незадоволеності, яке у більшості хворих стає тлом для виникнення ГДПЛ.

Виявлено, що з підвищенням ступеню вираженості та частоти марення, концептуальної дезорганізації та галюцинаторної поведінки підвищувалися показники незадоволеності взаємин у стаціонарі у бік їх погіршення ($p < 0,05$). В свою чергу, такі синдроми як збудження, підозрілість – переслідування, ворожість у високому ступені тісноти корелювали з неможливістю виконувати деякі побутові функції ($p < 0,001$). Спостерігалася відмова від стаціонарної діяльності ($p < 0,01$).

Встановлено, що негативні синдроми у різному ступені вираженості по-різному впливали на усі сфери функціонування у стаціонарі. Так, сплющення афекту, емоційна відгородженість, недостатній рапорт, пасивно-апатичний соціальний відхід, труд-

нощі у абстрактному мисленні заважали виконанню звичних функцій (ролей) ($p < 0,01$), погіршували показники самообслуговування ($p < 0,01$). У свою чергу, недолік спонтанності й плавності бесіди та стереотипність мислення корелювали із порушенням взаємовідносин при навідуванні родичів ($p < 0,01$), зокрема, спілкуванню із дітьми ($p < 0,01$).

Виявлено, що загальні психопатологічні синдроми також своєрідно впливали на функціонування пацієнтів у стаціонарі. Так, стурбованість соматичними відчуттями, тривога, відчуття провини, напруга мали високий рівень тісноти кореляційного зв'язку із низькими показниками загального фізичного благополуччя ($p < 0,01$) емоційного комфорту ($p < 0,01$).

У той же час, такі синдроми як манерність, депресія, рухова загальмованість, дезорієнтація достовірно дезадаптуюче впливали на сфери самообслуговування та незалежності у діях ($p < 0,01$), працездатності ($p < 0,01$), суспільної підтримки ($p < 0,01$). Некооперативність, думки із надзвичайним змістом у високому ступені тісноти кореляційного зв'язку були взаємозв'язані із низькою міжособистісною взаємодією ($p < 0,01$) та низькою соціо-емоційною підтримкою ($p < 0,01$). Труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення хвороби впливали у бік зниження самореалізації та духовної реалізації ($p < 0,01$). У свою чергу, вольові порушення, недостатність контролю імпульсів, відчуженість від реальності, низька соціальна активність в цілому призводили до низького сприйняття життя пацієнтами ($p < 0,01$).

За результатами дослідження встановлено, що суїцидальні тенденції у сукупності із клінічною симптоматикою також своєрідно впливали на функціонування пацієнтів у стаціонарі. Виявлено, що ріст суїцидальних тенденцій призводило до порушень у взаємовідносинах ($p < 0,01$). У цілому, цілком зрозумілим ставав той факт, що сукупність знижених показників критики, самооцінки та наявності суїцидальних тенденцій призводили до поведінкової дисфункції у стаціонарі ($p < 0,01$).

Наступним і, власно одним із основних, етапів дослідження стала оцінка та поглиблений аналіз «загального госпітального статусу» пацієнтів. За нашої думкою, у даний статус входять: взаємовідносини із медичним персоналом, взаємовідносини із пацієнтами та «потенціал стаціонару» із точки зору ефективності психокорекційних втручань. За результатами досліджень відокремлено та узагальнено наступні характеристики порушень «загального госпітального статусу» у хворих на параноїдну шизофренію:

1) за ідеологією (взаємовідносини із медичним персоналом) – медичний персонал втілює у відділенні думку «утримання хворих», а не «профілактику дезадаптації»;

2) за структурою (взаємовідносини із пацієнтами) – некомунікативність та відчуття ворожості між пацієнтами – дисфункція спілкування;

3) за динамікою («потенціал стаціонару») – об'єктивний показник устрою відділень примусового лікування, якій регламентується інструктивно-законодавчою базою, що у своєму сенсі є

більш дезадаптуєчим (обмеження щодо спілкування, трудовій діяльності і т.ін.).

Структура «загального госпітального статусу» пацієнтів вивчалася шляхом оцінки взаємозв'язку показника «Відносини хворого з медичним персоналом» та показника «Стосунки між хворими». Крім того, враховувалося наявність у відділенні серед медичного персоналу або пацієнтів «ключової фігури» для хворого. Розподіл пацієнтів за структурою «загального госпітального статусу» пацієнтів відображено у табл. 4.

Таблиця 4

Структура «загального госпітального статусу» пацієнтів

Показник	Відносини хворого з персоналом			Стосунки між пацієнтами			χ^2 , p
	Абс.ч.	%	$\pm m$	Абс.ч.	%	$\pm m$	
Незадовільний	61	51,7	5,0	65	55,1	5,0	51,3; (p<0,01)
Задовільний	43	36,4	4,8	37	31,4	4,6	
Добрий	14	11,9	3,2	16	13,6	3,4	
Всього	118	100,0	–	118	100,0	–	

Представлені у табл. 4 дані свідчать, що у 51,7% пацієнтів спостерігалися незадовільні відносини з медичним персоналом, і у 55,1% хворих – між собою (p<0,01). Співвідношення задовільних відносин, відповідно, – 36,4% та 31,4%, добрих – 11,9% та 13,6%. Даний розподіл вказував на те що лише третина пацієнтів мала обоюдний психокорекційний потенціал, як з боку персоналу, так й з боку оточуючих пацієнтів (p<0,01).

Треба зазначити, що наявність у «ключової фігури» для пацієнта встановлено у меншості хворих (близько 30,0%). Проте, цей показник є дуже складним щодо аналізу, почасти стосунки пацієнта з визначеною ним ключовою фігурою характеризуватися як нейтральні або неза-

довільні внаслідок її «вигідності». Тобто, лише наявність «ключової фігури» не завжди можна було розглядати як основу для ефективного впливу на поведінку пацієнта. Встановлено, що іноді «неключові фігури», які мали так звану другу роль, мали більший вплив на пацієнта.

Атмосфера середовища або «потенціал стаціонару», як один із важливих чинників, на якому базується позитивний ефект від подальшої психокорекції, відображено на рис. 1, з якого видно, що 47,5% пацієнтів «потенціал стаціонару» визначили як несприятливий, а 17,2% – як абсолютно негативний. У свою чергу, як сприятливий, потенціал стаціонару визначили лише 15,3% хворих (p<0,05).

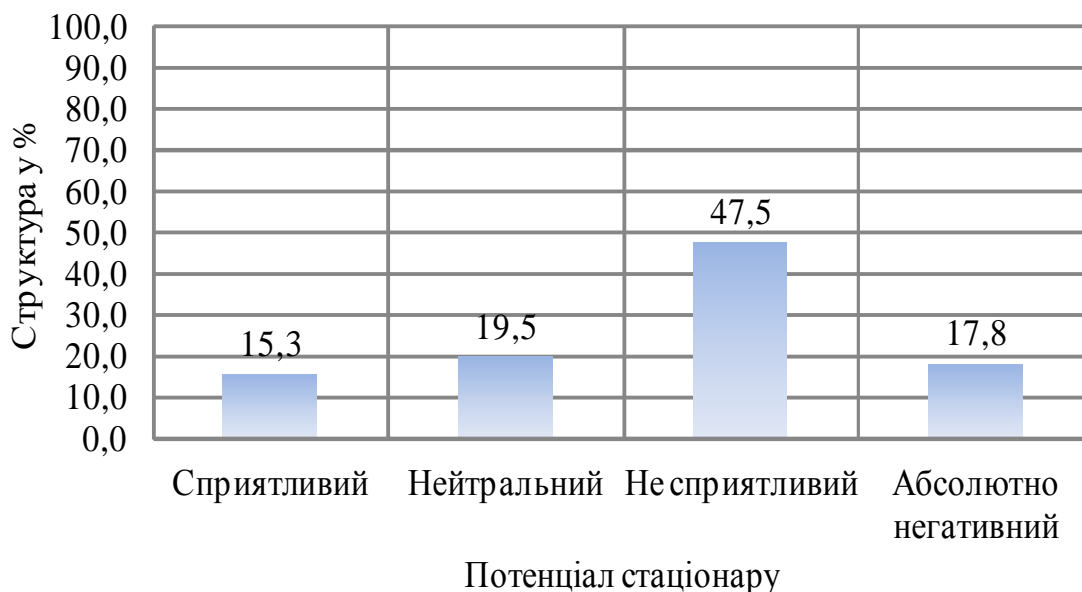


Рис. 1. Структура «потенціалу стаціонару» за думкою пацієнтів

На підставі наданого аналізу можна зробити висновок про важливий внесок госпітальних факторів у перебіг ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію. Узагальнюючи можна стверджувати наступне:

– концентрування допомоги хворим лише на індивідуальному підході до пацієнта без врахування «потенціал стаціонару» не є ефективним;

– почасти деструктивна поведінка «ключової фігури» для пацієнта, а саме, гіперпротекція або посилений контроль, призводять до втрати їм позитивного впливу на пацієнта, гальмуванням його адаптації та розвитку дефекту навичок існування у стаціонарі;

– загальним патогенним чинником для усіх пацієнтів у стаціонарі є чинник комунікативної тривоги, який призводить до загально високого рівня дезадаптації та труднощів встановлення міжособистісних відносин.

Важливо відзначити, що встановлено достовірний зв'язок між тим, як «потенціал стаціонару» впливає на пацієнта, та як швидко й успішно він може впорюватися із наслідками психічної, особистісної та поведінкової дезадаптації.

У ході дослідження «потенціалу стаціонару» були виділені 3 його основних типи:

I тип – деструктивний (емоційно-відчужений). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими відрізнялися нетерпимістю, некоректністю, відсутністю такту, демонструванням негативних емоцій (злість, роздратування), невдоволеністю характером, зовнішністю або інтелектуальними здібностями, недоліком емпатії, образливим ставленням.

II тип – конструктивний (гармонічний). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими відрізнялися рівновагою, підтримкою, доброзичливою, довірчою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій, зацікавленістю, розумінні та довіри один одному, готовністю надати допомогу. Пацієнт допомагав у діяльності стаціонару та його побуту. Тип взаємодії був послідовний та складався із позитивного віднесення до хворого. Медичний персонал усвідомлював несамотійність та залежність пацієнта, як хворобливий стан. Пацієнти довіряли компетентності психіатра, співпрацювали з ним, прагнули виконувати рекомендації, стежили за прийомом підтримуючої терапії.

III тип – змішаний (напружено-дисоціативний). Відношення у стаціонарі між персоналом та хворими включали риси обох вищезгаданих типів. Проте, даний тип мав свої особливості. Так, медичний персонал почасти мав протилежні

позиції, що викликало напруженість у пацієнтів. Відсутність лояльності, постійні протиріччя, наявність діаметрально протилежних емоцій призводило до труднощів прийняття якогось рішення у пацієнта та формування поляризаційної дисфункціональної госпітальної дезадаптації.

За результатами досліджень, нами відокремлено та узагальнено деякі характеристики «дезадаптуєчого стаціонару».

1. Висока якість ремісії хворого супроводжується його активними спробами адаптації (соціалізації), що викликає тривогу, невдоволеність та спроби протидії з боку медичного персоналу.

2. Завищені або занижені очікування від пацієнта з боку медичного персоналу. В залежності від динаміки психічного стану хворого очікування призводить до порушення його функціонування при примусовому лікуванні.

3. Медичний персонал частіше не готов до зміни характеру взаємодії й емоційної комунікації, а також побудові нової системи підтримки пацієнта.

Для розробки, проведення та подальшого комплексного аналізу дієвості (ефективності) інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію в залежності від клінічних, особистісних та середовищних особливостей, нами виділено та надано характеристику трьом дезадаптивним рівням функціонування хворих:

Перший дезадаптаційний рівень функціонування. Хворий повністю дезадаптований – не виконує настанови медичного персоналу, функціонування відособлено. Критичне відношення до медичного персоналу приймає загрозливі форми. У відносинах із хворими відособлені й замкнуті. Відмічається зневажливе відношення до соціальних цінностей, опозиція до авторитету лікарів, небажання брати участь у діяльності відділення. Спостерігається втрата емоційної прихильності, конфліктність, роздратування, агресія. Повне розходження домагань та реальних можливостей, декларація особистої незалежності. Емоційні захоплення нестійкі. Хворі демонструють негативне відношення до всього, що їх оточує.

Другий дезадаптаційний рівень функціонування. Відмінними рисами хворих є порушення в сфері мотивації й відхилення у сфері особистісної та соціальної активності (у відділенні). Провідними і клінічній симптоматиці є негативні

розлади із ознаками редукції енергетичного потенціалу й характерним для параноїдної шизофренії емоційним сплюсненням. Пацієнти мають потребу у постійному спонуканні з боку медичного персоналу у соціально-побутової діяльності. У відділені хворі займають залежну позицію від інших хворих, покладаючи, таким чином, на них свої функції що викликає підвищене навантаження на останніх. Зусилля щодо обслуговування пацієнта порушує привичну організацію життєдіяльності у відділені.

Третій дезадапційний рівень функціонування. Хворі характеризуються диспропорцією між окремими сферами психічного життя. Так, при достатньо збереженій інтелектуально-пізнавальній сфері відзначаються значні порушення у сфері спілкування, захопленості та інтересів. У спілкуванні із медичним персоналом або пацієнтами спостерігається ослаблення та перекручування емоційних зв'язків. З часом коло спілкування звужується. Відмічена деяка агравація для збереження допомоги з боку медичного персоналу. Обсяг побутових обов'язків не досягає традиційного розподілу навантаження на пацієнта, прийнятого у стаціонарному відділені.

В цілому, у хворих виявлені прямі кореляції

між дезадаптивним рівнем функціонування та типом «потенціалу стаціонару». Так, у пацієнтів з першим дезадаптивним рівнем функціонування переважно діагностовано зв'язок із «деструктивним» типом взаємодії, з другим дезадаптивним рівнем функціонування – із «змішаним», з третім дезадаптивним рівнем функціонування – з «конструктивним» типом.

Отримані дані, а саме, відокремлені ГДПЛ, 4 рівня ризику виникнення ГДПЛ, оцінка та характеристика порушень «загального госпітального статусу» пацієнтів за ідеологією (взаємовідносини із медичним персоналом), структурою (взаємовідносини із пацієнтами), динамікою («потенціал стаціонару»), виділення поняття «потенціал стаціонару» (деструктивний, конструктивний (гармонічний), змішаний (напружено-дисоціативний) типи), надання характеристики поняття «дезадаптуючого стаціонару» та трьом дезадаптивним рівням функціонування хворих, – було покладено у основу розробки інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію в залежності від їх клініко-психопатологічних, особистісних та середовищних особливостей.

Е. М. Царенко

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ, ЛИЧНОСТНЫХ, МЕЖЛИЧНОСТНЫХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основе комплексного обследования 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, идентифицированы особенности формирования госпитальной дезадаптации в условиях принудительного лечения, с определением удельного веса и взаимосвязей патогенного действия клинико-психопатологических, личностных и средовых факторов, что стало основой для дальнейшей разработки мероприятий ее психосоциальной коррекции и профилактики. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 63-72).

Н. М. Tsarenko

INTERFERENCE CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY, PERSONALITY, INTERPERSONAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS ON FORMATION OF HOSPITAL MALADJUSTMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN CONDITIONS OF COMPULSORY TREATMENT

Kharkiv medical academy of postgraduate education

On the basis of a comprehensive survey of 118 patients with paranoid schizophrenia who are on compulsory treatment, identifying the identified peculiarities of hospital exclusion in compulsory treatment, the specific gravity and pathogenic relationships of clinical psychopathology, personality and environmental factors that formed the basis for further development of measures of psychosocial adjustment and prevention. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 63-72).

Література

1. Винникова И. Н. Вопросы предикции общественно опасных действий больных шизофренией на современном этапе / И. Н. Винникова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 4 – 9.
2. Стяжкин В. Д. Влияние арипипразола на качество ремиссии у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 2. – Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/19670>. – Название с экрана.
3. Стяжкин В. Д. Сероквель в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 5. – Режим доступа до журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/11022>. – Название с экрана.
4. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – С. 96 – 144.
5. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.
6. Путятин Г. Г. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г. Г. Путятин / В кн.: Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 65 – 110.
7. Психологическая диагностика / Под ред. М. К. Акимовой и К. М. Гуревича, 3-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Питер, 2003. – С. 333 – 335.
8. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих, щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Архів психіатрії. – 2008. – № 1. – С. 60 – 63.

Поступила в редакцию 27.03.2013