

УДК 616.895.8-085

*Т.Л. Ряполова***СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ВПЕРВЫЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, психиатрический стационар, социально-демографическая характеристика, клиническая характеристика

Шизофрения – это болезнь, которая в первую очередь затрагивает социальные аспекты жизни человека. Плодотворно развивающаяся в последние десятилетия диатез-стрессовая модель шизофрении, сформировавшаяся как концепция «уязвимость-стресс-копинг-компетентность», внесла существенные коррективы в представления о «естественном течении заболевания», обратив внимание на роль преморбидной социализации и уязвимости пациента к стрессу, а также на влияние средовых факторов (социальная сеть, семья, жизненные события, полнота и характер реабилитационных воздействий), обуславливающих существенное разнообразие протекания шизофренического процесса и его исход [1,2].

Как показывают результаты современных исследований по изучению динамики шизофренического расстройства, после первичного эпизода существует множество разнообразных паттернов течения заболевания: от однократного приступа, после которого симптомы полностью редуцируются, до хронических форм с неуклонным ухудшением состояния больного, без каких-либо ремиссий [5]. «Естественное течение шизофрении» не обязательно принимает хроническую форму и далеко не у всех больных ведет к деградации и распаду психики [4]. Вероятность обострения и перехода заболевания в хроническую форму тесно связана с качеством социального окружения личности, которое может способствовать негативному влиянию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции [3,6].

С учетом данных тенденций возникает необходимость детального анализа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особеннос-

тей их социального статуса. Это позволит оценить объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в психосоциальных воздействиях на том или ином этапе оказания помощи и наметить перспективы на будущее.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-демографического анализа истории болезни больного с первичным психотическим эпизодом. Путем анализа архивного материала КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница, г.Донецк» за 2002-2004г.г. было выявлено, что в этот период на стационарном лечении находилось 299 больных, впервые госпитализированных по поводу шизофрении или заболеваний шизофренического спектра. Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар, представлены в таблице 1.

Среди находившихся на лечении больных из изучаемого контингента 56,19% (168 чел.) составляли мужчины, женщины (131 чел.) – 43,81%, но преобладание удельного веса лиц мужского пола был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 77 чел. (25,76%), 21-30 лет – 128 чел. (42,8%), 31-40 лет – 49 чел. (16,39%), 41-50 лет – 35 чел. (11,7%), старше 50 лет – 10 чел. (3,35%), т.е. первый психотический эпизод чаще встречался в возрасте от 21 года до 30 лет. Средний возраст изученного контингента – $24 \pm 3,47$ года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста. Несмотря на первую госпитализацию в психиатрический стационар, по-

давяющее большинство больных относились к категории неработающих (167 чел., 55,85%), что может быть связано как с общей напряженной в отношении трудоустройства ситуации в стране, так и наличием начальных признаков заболевания со снижением побу-

дительной активности в поиске официального места работы с соответствующим образованию уровнем и удовлетворенностью пациентов сезонными или неофициальными (например, реализатором на рынке) формами трудовой занятости.

Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в 2002-2004 году

	Число больных	
	Абс.	%
Пол:		
- мужской	168	56,19
- женский	131	43,81
Возраст:		
- до 20 лет	77	25,76
- 21-30 лет	128	42,8
- 31-40 лет	49	16,39
- 41-50 лет	35	11,7
- старше 50 лет	10	3,35
Социальный статус:		
- рабочий	38	12,72
- служащий	39	13,04
- учащийся	21	7,02
- студент	34	11,37
- не работает	167	55,85
Семейный статус:		
- холост (не замужем)	198	66,23
- женат (замужем)	69	23,08
- разведен (а)	28	9,36
- вдовец (вдова)	4	1,33
Взаимоотношения в семье:		
- ровные	96	32,13
- дружеские	19	6,35
- эпизодические конфликты	39	13,05
- частые конфликты	46	15,37
- эмоционально отстраненные	99	33,10
Родительская семья:		
- полная	202	67,56
- неполная	94	31,44
- сирота	3	1,00
Воспитание в родительской семье:		
- гармоничное	137	45,82
- гиперопека	71	23,74
- гипоопека	91	30,44
Материальная обеспеченность:		
- удовлетворительная	205	68,56
- уровень выживания	90	30,10
- неудовлетворительная	4	1,34

Жилищно-бытовые условия:		
- удовлетворительные	283	94,65
- неудовлетворительные	16	5,35
Преморбидные особенности личности:		
- гармоничная личность	124	41,47
- замкнутость	95	31,77
- вспыльчивость	44	14,72
- тревожность	36	12,04
Психические расстройства в анамнезе:		
- не было	132	44,15
- неврозоподобные	14	4,68
- психопатоподобные	19	6,35
- психотические симптомы	118	39,47
- субдепрессии	13	4,35
- гипомании	3	1,00
Неблагоприятные факторы, предшествовавшие возникновению данного эпизода:		
- не было	168	56,19
- эмоционально-стрессовые	54	18,07
- соматическое заболевание	22	7,35
- переутомление	55	18,39
Промежуток времени между появлением первых признаков психоза и госпитализацией:		
- до суток	202	67,56
- до недели	72	24,08
- до месяца	13	7,69
- до года	2	0,67
Обращение за помощью до настоящей госпитализации:		
- не обращался	47	15,72
- обращался к психиатрам амбулаторно	179	59,87
- обращался к врачам других специальностей	37	12,37
- обращался к целителям, экстрасенсам	36	12,04
Клинический диагноз (МКБ-10):		
F 20.00	39	13,04
F20.09	60	20,07
F23.2	22	7,36
F23.0	61	20,40
F23.1	89	29,77
F25.0, F25.1, F25.2	28	9,36
Продолжительность продуктивного этапа болезни		
- до 1 нед.	87	29,1
- до 2-3х нед.	148	49,5
- до 1 мес.	41	13,71
- до 2х мес.	18	6,02
- свыше 2х мес.	5	1,67
Длительность стационарного лечения		
- до 2-3х нед.	50	16,73
- до 1 мес.	88	29,43
- до 2х мес.	117	39,13
- свыше 2х мес.	44	14,71

Лишь 69 больных (23,08%) имели собственные семьи, 66,23% (198 чел.) никогда не состояли в браке ($p < 0,05$), а 28 чел. (9,36%) были разведены к моменту госпитализации. Соответственно около половины пациентов проживали с родителями или другими родственниками. При этом более чем в 50% случаев имелись проблемы во взаимоотношениях как в собственных, так и в родительских семьях: 39 чел. (13,05%) характеризовали взаимоотношения в семьях как эпизодически конфликтные, 46 чел. (15,37%) – как частые конфликты, 99 чел. (33,1%) – как эмоционально отстраненные. Несмотря на то, что более половины пациентов (202 чел., 67,56%) воспитывались в полных семьях, в подавляющем большинстве случаев присутствовал фактор дисгармоничного воспитания (71 чел. (23,74%) оценивали воспитание в семье как гиперопеку, 91 чел. (30,44%) – как гипоопеку). Высокий процент неудовлетворительных отношений с родственниками, наличие одиноких больных, с одной стороны, может рассматриваться как фактор, провоцирующий начало заболевания и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане семейной адаптации, комплаентности и повторных обострений заболевания у больных с первым эпизодом психотического расстройства, с другой стороны, обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов, позволяющих расширить их социальные контакты и сеть поддержки, а также проведения семейной и психообразовательной терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и уменьшения нагрузки на ближайшее социальное окружение.

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 5,35% (16 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки в густонаселенных квартирах. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (90 чел., 30,1%), которые находились в материальном плане на уровне выживания: они с трудом «сводили концы с концами», случайно заработанных денег хватало лишь на скудное питание, другие расходы были практически недоступны. При этом в части случаев (1,34%) можно было говорить о фактически бедственном положении: больные недоедали, иногда даже голодали, носили обноски или старые, ветхие вещи. Данная группа больных остро нуждалась

в социальной помощи.

В преморбиде у большей части пациентов отмечались такие черты личности как замкнутость (95 чел., 31,77%), вспыльчивость (44 чел., 14,72%), тревожность (36 чел., 12,04%), и лишь 41,47% больных характеризовались как гармоничные личности. Более чем у 50% пациентов в анамнезе отмечались психические расстройства, которые, как правило, не требовали психиатрического вмешательства и расценивались пациентами и их родственниками как особенности или «странности» в поведении и восприятии текущих событий. Наибольший удельный вес (39,47%, 118 чел.) принадлежит отдельным психотическим симптомам (отрывочные бредовые идеи различного содержания, нарушения восприятия, признаки дезорганизации процесса мышления), также наблюдались невротоподобные (14 чел., 4,68%) расстройства в виде навязчивостей, неврастенических симптомов, явлений дереализации-деперсонализации, психопатоподобные (19 чел., 6,35%) расстройства (эмоциональная взрывчатость, патологическая ревность), субдепрессии (13 чел., 4,35%) и гипомании (3 чел., 1,0%). Таким образом, в структуре наиболее ранних проявлений шизофрении и расстройств шизофренического спектра наблюдались различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности, характеру связи с очерченным началом процесса (первый психотический эпизод) симптомы, характеризующиеся малой дифференцированностью и клинической неоднородностью. Между тем, уточнение их структуры и отношения к развивающемуся впоследствии психозу имеет важное значение не только для понимания клиники заболевания, но и для разработки адекватной системы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Согласно данным историй болезни, у подавляющего большинства пациентов промежуток времени между появлением признаков психоза и госпитализацией составлял примерно сутки (202 чел., 67,56%), причем первично пациенты в основном (59,87%) обращались за помощью к районным психиатрам. Больные были госпитализированы достаточно оперативно, что благоприятно сказывалось на определении лечебных мероприятий и продолжительности продуктивного этапа болезни (более чем у 50% больных – 1-3 недели).

По диагностическим категориям МКБ-10 больные распределились следующим образом: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F20.3) – 61 чел.

(20,4%), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 89 чел. (29,8%), шизофрения, период наблюдения менее года (F20.09) – 60 чел. (20,1%), параноидная шизофрения, непрерывное течение (F20.00) – 39 чел. (13,0%), острое шизофреноподобное расстройство (F23.2) – 22 чел. (7,3%), шизоаффективные расстройства (F25) – 28 чел. (9,4%). Более чем у половины пациентов сроки госпитализации составляли 2 месяца и более, что было связано не столько с активным антипсихотическим лечением, сколько с мерами притязаниями, направленными на

коррекцию развивающегося эмоционально-мотивационного и когнитивного дефицита.

Таким образом, социально-демографические и клинические особенности больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части психиатрического лечения.

Т.Л. Ряполова

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА РОЗЛАДИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ, ЩО ВПЕРШЕ ШПИТАЛІЗОВАНО У ПСИХІАТРИЧНИЙ СТАЦІОНАР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

У роботі представлено клінічні та соціально-демографічні характеристики 299 хворих на шизофренію та розлади шизофренічного спектру, що були вперше шпиталізовані у КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня, м.Донецьк» у 2002-2004р.р. Отримані дані вказують на необхідність для дослідженого контингенту не тільки психофармакотерапії, а й цілеспрямованих психосоціальних втручань як важливої частини психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 17-21).

T.L. Ryapolova

SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC AND SCHIZOPHRENIC-LIKE DISORDERS IN PATIENTS WITH INITIAL HOSPITALIZATION IN PSYCHIATRIC HOSPITAL

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Clinical and social-demographic characteristics of 299 patients with schizophrenia and schizophrenic-like disorders which were hospitalized in Donetsk Regional Clinical Psychiatric Hospital initially in 2002-2004 are presented in the article. Received data indicate the necessity of psychopharmacology and consistent psychosocial interventions as important part of psychiatric help. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 17-21).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. - Донецк: «Каштан», 2006. - 268с.
2. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание. - СПб.: Гиппократ+, 2004. - 336с.
3. Desjarlais R., Eisenberg L., Kleinman A. Word Mental Health. Problems and Priorities in Low-in-Kome Countries. - Oxford: Oxford University Press. - 1995.

4. Harding C.M., Zubin J., Strass J.S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? Hospital and Community Psychiatry. - 1987., 38. - P. 477-486.
5. Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry//Medical Antropology Quarterly. - 1991, 5. - P. 299-330.
6. Thornicroft G., Susser E. Evidence- based psychotherapeutic interventions in the community care of schisofrenia (Editoral) \ Br. J. Psychiatry.- 2001.- Vol. 178.- P. 2-4.

Поступила в редакцию 18.04.2009