

УДК: 616.895.8-055.2

*Е.М. Денисов***СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: социальное функционирование, параноидная шизофрения, первый психотический эпизод, медико – социальная реабилитация

В последнее время во всем мире отмечается неуклонный рост интереса к вопросу социального функционирования (СФ) хронически психических больных, у которых отмечаются серьезные затруднения в сфере жизнедеятельности, в результате чего они не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь [1,6].

Понятие СФ используется с начала 80-х годов [7] и при этом отражает степень ограничения или снижения уровня жизни психически больного по следующим критериям: утрата или уменьшение способности к трудовой деятельности, контролю за своим поведением, общению, ориентации, перемещению и самообслуживанию [4].

Некоторые исследователи считают, что характерными для больных шизофренией являются разнообразные нарушения сфер СФ: самообслуживание и уход за собой, способность самостоятельно двигаться, следить за своим внешним видом, заботиться о нормальном питании, выполнять профессиональные обязанности и домашнюю работу, функционирование в семейном кругу, межличностных контактах, родительских отношениях, в проведении занятий в свободное время, финансовой деятельности и юридических вопросах. [5,8,9].

По мнению зарубежных авторов, у большинства больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ), закономерно появляются социальные проблемы. При этом формируется поведение с ограничением социальных контактов,

система защитных действий, направленных на сокрытие от окружающих факта заболевания. Эти проблемы нередко усугубляются гиперопекой со стороны близких, проявлением различных ограничений, повышенным вниманием к личности, приему лекарственных препаратов, в результате чего у больных формируется реакция избегания с родственниками и близкими [5,6,10].

Результаты исследования СФ пациентов с параноидной шизофренией (ПШ) в семье свидетельствуют о том, что семейная среда, с которой больной связан не только в преморбидном, но в большинстве случаев в морбидном периоде, влияет, как на манифестацию заболевания и рецидивирование, так и на социальное восстановление [3,8].

Одновременно высказываются суждения, что уровень СФ зависит не только от биологических факторов (пол, возраст в период обследования и в момент начала болезни, соматоневрологические расстройства, восприимчивость к терапии), индивидуально-психологических и динамических характеристик, но и от клинико – психопатологических симптомов, включающих в себя галлюцинаторно – бредовые, негативные и психопатоподобные симптомы [9,10].

В то же время, в отечественной психиатрии отсутствуют работы, посвященные оценке СФ у больных с различным типом течения ПШ.

Целью данного исследования явилось изучение уровня СФ больных ПШ, в зависимости от типа течения заболевания.

Материал и методы исследования

В исследование включены 92 больных ПШ (63,1% женщин и 36,9% мужчин). В зависимости от типа течения заболевания пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 30 больных (83,3% женщин и 16,7% мужчин) с эпизодическим течением и нарастающим де-

фектом. Средний возраст составил $32,4 \pm 1,14$ лет. Средний возраст начала заболевания - $22,9 \pm 0,84$ лет. Средняя продолжительность болезни - $5,73 \pm 0,47$ лет. Инвалидность имели 24 пациента (80%), из них III группа - у 13 чел. (54,1%), II группа - 11 чел. (45,9%). У 6 больных (20%)

группа инвалидности вообще отсутствовала.

Клиническая картина у 11 чел. (36,7%) была представлена аффективно – бредовыми расстройствами, у 9 чел. (30%) – острым галлюцинаторно – параноидным синдромом, у 5 чел. (16,7%) – бредовым вариантом параноидного синдрома, у 3 чел. (10%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо, у 2 чел. (6,6%) – апатико – абулическими нарушениями умеренной степени тяжести.

Во вторую группу были включены 35 пациентов (71,4% мужчин и 28,6% женщин) с непрерывным течением. Средний возраст равнялся $32,4 \pm 1,14$ лет. Средний возраст начала заболевания - $24,9 \pm 0,81$ лет. Средняя продолжительность болезни – $9,54 \pm 0,93$ лет. Инвалидность была зарегистрирована у 34 больных (97,1%), из них 32 чел. (94,1%) имели II группу, 2 чел. (5,9%) - III группу. У одного пациента (2,9%) инвалидность отсутствовала. Клиническая картина у 12 чел. (34,3%) характеризовалась бредовым вариантом параноидного синдрома, у 8 чел. (22,8%) – апатико – абулическими нарушениями, (6 чел. (75%) – умеренной тяжести, 3 чел. (25%) – тяжелой степени тяжести), у 5 чел. (14,3%) – галлюцинаторным вариантом параноидного синдрома, у 4 чел. (11,4%) – парафренным синдромом, у 3 чел. (8,6%) – паранойальным синдромом, у 2 чел. (5,7%) – аффективно – бредовыми симптомами, у 1 чел. (2,9%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо.

Контрольная группа состояла из 27 больных шизофренией (83,3% женщин и 16,7% мужчин) с периодом наблюдения менее года. Средний возраст пациентов соответствовал

среднему возрасту начала заболевания, что равнялось $24,9 \pm 0,81$ лет. Средняя продолжительность психического расстройства - $6,1 \pm 1,2$ месяцам. У 100% больных отсутствовала группа инвалидности. Клиническая картина у 12 чел. (44,4%) была представлена острым галлюцинаторно – параноидным синдромом с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (66,7%), у 7 чел. (25,9%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо, у 5 чел. (18,5%) – аффективно – бредовыми расстройствами, у 3 чел. (11,2%) – бредовым вариантом параноидного синдрома. Период наблюдения менее одного года по МКБ – 10 (F20.09) определялся у больных с ППЭ.

Оценку СФ проводили 92 родственника больных на момент поступления их в психиатрический стационар, при помощи шкалы СФ, разработанной в отделении внебольничной психиатрии института им. В.М.Бехтерева в Санкт-Петербурге [2]. Количественная сторона ее характеризовала уровень успешности функционирования в десяти социальных сферах: внешний вид, физическая, дневная активность, производственная (учебно – трудовая активность), межличностные отношения, родительская семья, родственные отношения, организация быта в повседневной жизни, проведение досуга, сексуальные отношения (в том числе и в семье). Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0 – 1 баллов (высокий), 1 - 2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3 - 4 балла (низкий).

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета «STADIA 5,0». Для оценки независимых совокупностей применяли параметрические тесты: χ^2 - критерий Стьюдента и z - критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение

Анализ уровня СФ по десяти сферам жизнедеятельности у больных с различным течением ПШ позволил установить следующие закономерности (Табл. 1).

Среди представленных данных у больных с эпизодическим течением и нарастающим дефектом достоверно чаще был сниженный уровень СФ, который обнаруживался в 7 социальных сферах: «внешний вид» (46,7%, $p < 0,01$), «физическая» (56,6%, $p < 0,05$), «двигательная активность» (43,3%, $p < 0,01$), «производственная» (50%, $p < 0,05$), «родственные отношения» (50%, $p < 0,05$), «организация быта в повседневной жизни» (50%, $p < 0,05$), «проведение досуга» (53,3%, $p < 0,05$).

Обратная тенденция была в группе больных с непрерывным течением, где в 8 сферах достоверно чаще регистрировался низкий уровень СФ: «физическая» (48,6%, $p < 0,01$), «производственная» (77,1%, $p < 0,001$), межличностные отношения (82,9%, $p < 0,001$), родительская семья (85,9%, $p < 0,001$), родственные отношения (80%, $p < 0,001$), организация быта в повседневной жизни (71,4%, $p < 0,05$), проведение досуга (74,3%, $p < 0,001$), сексуальные отношения (85,7%, $p < 0,001$).

Таблица 1

Уровень социального функционирования у больных параноидной шизофренией с различным течением

Социальные сферы	Уровень СФ	Эпизодическое течение с нарастающим дефектом		Непрерывное течение		Период наблюдения менее года	
		n=30		n=35		n=27	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Внешний вид (способность следить за собой)	низкий	3	10,0	3	8,6	-	-
	сниженный	14	46,7*	27	77,1*	4	14,8
	хороший	12	40,0	5	14,3	20	74,0*
	высокий	1	3,3	-	-	3	11,2
Физическая	низкий	5	16,7	17	48,6*	-	-
	сниженный	17	56,6*	15	42,8	3	11,2
	хороший	7	23,4	3	8,6	22	81,4*
	высокий	1	3,3	-	-	2	7,4
Двигательная активность	низкий	3	10,0	4	11,4	-	-
	сниженный	13	43,3*	19	54,3*	3	11,2
	хороший	12	40,0	9	25,7	20	74,1*
	высокий	2	6,7	3	8,6	4	14,7
Производственная	низкий	12	40,0	27	77,1*	3	11,2
	сниженный	15	50,0*	5	14,2	15	55,5*
	хороший	3	10,0	2	5,7	9	33,3
	высокий	-	-	-	-	-	-
Межличностные отношения	низкий	20	66,6*	29	82,9*	3	11,2
	сниженный	7	23,4	5	14,2	15	55,5*
	хороший	3	10,0	1	2,9	10	33,3
	высокий	-	-	-	-	-	-
Родительская семья	низкий	19	63,3*	30	85,7*	2	7,4
	сниженный	8	26,7	4	11,4	14	51,8*
	хороший	3	10,0	1	2,9	11	40,8
	высокий	-	-	-	-	-	-
Родственные отношения	низкий	12	40,0	25	80,0*	-	-
	сниженный	15	50,0*	5	14,3	8	29,7
	хороший	3	10,0	2	5,7	17	62,9*
	высокий	-	-	-	-	2	7,4
Организация быта в повседневной жизни	низкий	5	16,7	25	71,4*	-	-
	сниженный	15	50,0*	7	20,0	3	11,2
	хороший	8	26,6	3	8,6	19	70,3*

Наиболее высокая оценка СФ была получена в группе пациентов с периодом наблюдения менее года, у которых в 6 сферах достоверно чаще наблюдался хороший уровень: «внешний вид» (74%, $p<0,001$), «физическая» (81,4%, $p<0,001$), «двигательная активность» (79,1%, $p<0,001$), «родственные отношения» (62,9%, $p<0,05$), «орга-

низация быта в повседневной жизни» (70,3%, $p<0,001$), «проведение досуга» (74,1%, $p<0,001$).

Оценивая средние значения уровня СФ больных ППШ с различным течением по каждой сфере, было обнаружено, что самые низкие результаты были у пациентов с непрерывным течением (табл. 2).

Таблица 2

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с непрерывным течением

Социальная сфера	Непрерывное течение
Способность следить за собой (внешний вид)	2,90±0,05
Физическая	3,01±0,04
Двигательная активность	2,71±0,01
Учебно-трудовая (производственная)	3,47±0,02
Межличностные отношения	3,60±0,05
Родительская семья	3,68±0,03
Родственные отношения	3,64±0,05
Организация быта в повседневной жизни	3,20±0,07
Проведение досуга	3,25±0,05
Сексуальные отношения	3,82±0,03

Сфера «внешний вид» отражала интерес, который проявляли больные к своей чистоте, причёске, одежде, макияжу. Средняя оценка соответствовала сниженному уровню СФ. При этом пациенты уделяли меньший интерес к своей внешности, одежде, были неаккуратны и неряшливы, с неухоженной причёской, отсутствием макияжа. Некоторые лица (10%) с выраженной апатико-абулической симптоматикой выделялись странным внешним видом, могли ходить в ветхой, грязной или порванной верхней одежде, не обращая внимания на насмешки окружающих, отсутствовали правила личной гигиены: редко чистили зубы, причёсывали волосы, принимали душ.

Средняя оценка физического функционирования свидетельствовала о низком уровне СФ. Больные имели значительные проблемы в выполнении домашней работы (ведение домашнего хозяйства, уборка квартиры и т.д.), плохо переносили длительную физическую нагрузку, быстро утомлялись, не заканчивали свою работу. Одиноким, лишенным опеки близких, старались максимально упростить свой быт, месяцами не убирали квартиру, нерегулярно готовили еду, предпочитая готовые продукты, мотивируя это тем, что очень устают, «ни на

что нет сил». Сниженный уровень двигательной активности и работоспособности был обусловлен негативными и депрессивными симптомами.

Значительные проблемы в профессионально-трудовой деятельности у пациентов носили преимущественно качественный характер. При этом только 10 чел. (20%) были заняты не квалифицированными видами труда со снижением объема и продуктивности выполняемой работы. 40 чел. (80%) вообще не состояли в учебно-трудовой деятельности. Утрата способности к профессиональной деятельности у них сопровождалась безразличным отношением к работе и распадом трудовых установок. Средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ.

Сфера «межличностные отношения» оценивала способность к гармоничным отношениям со знакомыми, друзьями и близкими. Полученные результаты показывали низкий уровень СФ, что сопровождалось резким ограничением и избеганием межличностных взаимоотношений. Вместе с тем, круг знакомых был достаточно беден, с которыми больные общались не по своей инициативе без эмоциональной привязанности, и ограничивался лишь ближайшим окружением или родственниками.

Сфера «родительская семья» отражала про-

дуктивность участия в жизни семьи и уважения семейной роли. Средняя оценка у пациентов свидетельствовала о низком уровне СФ. Семейное функционирование было обусловлено деструкцией родительских отношений и распадом супружеских связей. В тоже время у большинства больных (62%), проживающих совместно с родителями или родственниками, семейные взаимоотношения отличались конфликтными и оппозиционными отношениями к родственникам, либо пассивностью и симбиотической зависимостью от них (28,6%). Возможность функционирования в родительской сфере на сниженном уровне (11,4%) была только в индивидуально созданных условиях, при наличии понимания со стороны членов семьи.

Низкий уровень СФ в сфере «родственные отношения» проявлялся снижением или отсутствием эмоциональной привязанности. Взаимоотношения с близкими носили формальный, утилитарный, а нередко и враждебный характер, с частой сменой и резкими колебаниями от хороших отношений до конфликтных (поэтому больные пытались имитировать самостоятельное ведение хозяйства и полную материальную независимость). В большинстве случаев (55%) у пациентов были очень плохие, дисгармоничные взаимоотношения с полным игнорированием родственников и близких.

Сфера «организация быта в повседневной жизни» оценивала самостоятельное ведение домашнего хозяйства. Средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ. В большинстве случаев (65%) больные формально выполняли мелкие поручения, со стороны родственников, при фактическом существовании в бытовом отношении за счет

других членов семьи. В то же время они редко вносили свой вклад в материальную обеспеченность семьи (за исключением пособия по инвалидности) и не старались этого делать. При совместном проживании больные были экономически зависимы от членов семьи, в домашней работе создавали хаотичность, были непоследовательны и не организованы. Около 25% респондентов ограничивались лишь элементарными навыками самообслуживания и полностью зависели от близких, проживающих совместно.

Сфера «проведение досуга» оценивала характер свободного времени и досуга: просмотр телепередач, чтение книг, занятие спортом, вышивание или вязание, различные игры, артистическая и культурная деятельность. Среднее значение сферы соответствовало низкому уровню СФ. При этом досуг больных характеризовался крайней бедностью. Большинство пациентов (75%) выявляли отсутствие интереса иметь различные увлечения и хобби. Они нередко демонстрировали адаптацию по типу «улитки» с попытками максимального ухода от действительности. У некоторых лиц (10%) сохранялись увлечения, свойственные им до заболевания, но на момент обследования это хобби сохраняло только внешнюю форму (фантомы).

Оценка сексуальных взаимоотношений показывала значительные проблемы в половых отношениях, полное отсутствие сексуальной жизни.

Средние результаты СФ у пациентов ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом в семи пунктах шкалы соответствовали снижению уровню и находились в диапазоне 2 – 3 баллов (табл. 3).

Таблица 3

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением и нарастающим дефектом

Социальная сфера	Эпизодическое течение с нарастающим дефектом
Способность следить за собой (внешний вид)	2,11±0,01
Физическая	2,34±0,09
Двигательная активность	2,05±0,01
Учебно-трудовая (производственная)	2,75±0,02
Межличностные отношения	3,14±0,05
Родительская семья	3,10±0,03
Родственные отношения	2,95±0,05
Организация быта в повседневной жизни	2,31±0,07
Проведение досуга	2,30±0,05
Сексуальные отношения	3,30±0,03

В одинаковом количестве случаев (40%) пациенты следили за собой и внешним видом, адекватно относились к своей прическе, одежде, макияжу. Уровень физического функционирования характеризовался незначительным снижением работоспособности и двигательной активности, ограничением выполнения тяжелой работы. Вместе с тем, больные могли вести домашнее хозяйство на должном уровне, принимали участие в уборке квартиры, самостоятельно совершали покупки в магазине, приготавливали пищу.

В учебно – трудовой сфере у больных регистрировалось умеренное снижение способности к трудовой деятельности, часто несоответствующее уровню клинических проявлений. 30 работающих пациентов (75%) продолжали свою трудовую деятельность не по своей основной специальности, а получали рабочие места со снижением квалификации. В ряде наблюдений (15%), рабочие места специально находили для больных их родственники, в учреждениях или на производстве, где работают сами, для того чтобы оказывать патронаж и поддержку. В то же время, пациенты предпочитали привычную работу, не требующую большого эмоционального напряжения, не связанную с ответственностью, не стремились к продвижению по службе, соглашались годами заниматься малоинтересным трудом, отказывались от более высоких должностей. Изменение условий труда, ужесточение производственной дисциплины, лишение больных возможности самостоятельно планировать работу, в зависимости от своего состояния, часто становились причинами потери работы.

В сфере «межличностные отношения» у больных прослеживались две тенденции. Первая - проявлялась сужением объема контактов и отсутствием доверительных отношений. Вторая - характеризовалась искривлением и выборочной позицией межличностных отношений, болезненной оппозицией к определенным лицам. Наличие психопатологической симптоматики, ригидность установок и односторонне ориентированные формы поведения приносили ущерб функционированию больного, являлись причинами разнообразных конфликтов, как в производственных ситуациях, так и с близким окружением.

Поскольку у пациентов сохранялась бредовая настроенность в отношении окружающих, изменения в их состоянии (периодическое появление злобности, недоверчивости, подозрительности) могли существенно ухудшаться меж-

личностные взаимоотношения с трудовым коллективом, если сотрудники не проявляли должного понимания. В то же время, круг знакомых был незначительным, отношения с ними носили формальный и поверхностный характер. Средняя оценка сферы соответствовала низкому уровню.

В сфере «родительская семья» средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ. При этом было характерно недостаточное, ограниченное, краевое участие в жизни семьи при формальном выполнении сыновних (дочерних) обязанностей. В тоже время наблюдалась диссоциация семейных отношений, проявляющаяся в болезненной оппозиции к кому-либо из членов семьи, либо холодном, безразличном отношении к мужу (жене), недостаточном внимании к родителям, снижении интереса к воспитанию детей.

Родственные взаимоотношения у больных характеризовались периодическим возникновением конфликтов, без должной эмоциональной привязанности.

При организации быта в повседневной жизни пациенты не могли полностью справляться со своими обязанностями, перекладывали их на других членов семьи. В ряде случаев (10%) происходила смена социальных ролей: больные мужчины выполняли в семье «женскую» работу (сидели с детьми, убирали квартиру, готовили еду, закупали продукты), но не распоряжались домашним бюджетом, не принимали самостоятельных решений, согласовывали все свои действия с главой семьи – женой. При самостоятельном проживании они избирательно выполняли часть домашней работы, зачастую с плохим качеством, но умели планировать семейный бюджет.

Досуг у больных характеризовался достаточной бедностью и однообразием проведения свободного времени без какой-либо отчетливой тенденции к его изменению. В большинстве случаев (65%) преобладал пассивный просмотр телепередач, без систематического характера чтение художественной литературы, газет. Посещение мест отдыха вне дома (парк, кинотеатр, концерт, выставка) отмечалось у небольшого (35%) числа больных и характеризовалось редкостью и случайностью. Не часто (15%) у пациентов возникало желание заниматься спортом и другими артистическими и культурными мероприятиями.

Самая низкая оценка была зафиксирована в сексуальном функционировании, где у пациентов были проблемы, связанные с ограничением

половых контактов, снижением либидо, нарушением генитальной реакции, оргазмической дисфункцией.

Наиболее высокие результаты СФ были за-

регистрированы у больных ПШ с периодом наблюдения менее года, у которых в 6 социальных сферах был хороший уровень, находящийся в пределах 1-2 баллов (табл. 4).

Таблица 4

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с периодом наблюдения менее года

Социальная сфера	Период наблюдения менее года
Способность следить за собой (внешний вид)	1,82±0,02
Физическая	1,75±0,05
Двигательная активность	1,80±0,02
Учебно-трудовая (производственная)	2,06±0,08
Межличностных отношений	2,05±0,06
Родительской семьи	2,04±0,01
Родственных отношений	1,98±0,09
Организация быта в повседневной жизни	1,95±0,06
Проведение досуга	1,91±0,01
Сексуальные отношения	2,21±0,04

Средняя оценка производственной сферы, межличностных отношений, родительской семьи и сексуальных отношений свидетельствовала о сниженном уровне СФ.

На данный момент все больные были заняты учебно-трудовой деятельностью, из них 10 чел. (33,3%) продолжали обучаться. Вместе с тем, трудоспособные лица (56,7%) работали в условиях обычного производства с преходящим ограничением трудоспособности, что приводило к необходимости временного уменьшения трудовой активности, вплоть до периода временной нетрудоспособности из-за возникновения психического расстройства.

Межличностные взаимоотношения характеризовались достаточной гармоничностью и продуктивностью. При этом в половине случаев (55%) пациенты имели нескольких друзей, с которыми поддерживали неформальные отношения, характеризующиеся поверхностно (но без хаотичности) контактов. Больные, состоящие в браке, принимали продуктивное участие в жизни семьи при постоянном вкладе в достижение семейных целей или при формальном отношении к выполнению своих обязанностей (забота, материальная поддержка и помощь в быту). В родственных отношениях в большинстве случаев (80%) у больных были гармоничные взаимо-

отношения между близкими с пониманием и уважением друг друга с редкими конфликтами и разногласиями.

Сексуальное функционирование характеризовалось непостоянными или случайными сексуальными контактами при наличии не выраженных половых проблем.

Таким образом, проведенное исследование показывает достоверную зависимость нарушения СФ от типа течения ПШ. Наихудшее СФ встречается у больных с непрерывным течением, у которых в 8 социальных сферах (80%) регистрируется низкое функционирование. Главным образом страдает сексуальная, родительская, родственная, межличностная, производственная, физическая сферы, а также проведение досуга и организация быта в повседневной жизни.

Вместе с тем, при ППЭ не возникает значительного нарушения СФ. Так в 6 сферах жизнедеятельности (60%) у данных больных отмечается хороший уровень СФ. В свою очередь на начальном этапе заболевания происходит снижение производственного, межличностного, родительского и сексуального функционирования.

При ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом происходит постепенное

ухудшение СФ. Так в 7 сферах (70%) (внешний вид, физическая сфера, двигательная активность, производственная, родственная сферы, организация быта и проведение досуга) у больных наблюдается сниженный уровень СФ.

Приведенные данные могут служить основой

для предупреждения развития ухудшения СФ, начиная с ППЭ, а также позволяют создать базу для проведения медико - социальной реабилитации в условиях психиатрического стационара, что в конечном итоге, приведет к повышению СФ пациентов в быту.

Є.М. Денисов

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМ ТИПОМ ПЕРЕБІГУ

Донецкий державний медичний університет ім М. Горького

Нами було досліджено соціальне функціонування (СФ) 92 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з різним типом перебігу, за допомогою шкали СФ у різноманітних сферах. Була показана динаміка порушення СФ у залежності від перебігу ПШ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 54-61).

E.M. Denisov

SOCIAL FUNCTIONING OF THE PATIENTS ON PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT TYPE OF THE COURSE

Donetsk State Medical University

Were was used social functioning (SF) of the 92 patients on paranoid schizophrenia (PS) with different type of the course, with used scale SF by names Zaitsev V.V. in differential sphere. Was showed of the disturbance SF with different type of the course PS. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 54-61).

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом). Методические рекомендации. — М., 2003. — 23 с.
2. Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед.наук. — С-Пб, 1999, С.52.
3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия.- 2001.-№1.- С. 22-27.
4. Пхиденко С.В. Классификация уровней социального функционирования у больных параноидной шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия.- 1999.-№5.- С. 44-47.
5. Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Et al. The influence of ethnicity and family structure on relapses in first episode of schizophrenia // Br. J. Psychiat. — 1992. — Vol. 161. — P. 783–790.
6. Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1990) Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25, 125 -129.
7. Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., et al (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33, 766 -771.
8. Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor J.J., Mezzich J.E. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.-1996.-Vol.31.- P.349-
9. G. Haddock and S. Lewis Psychological Interventions in Early Psychosis Schizophr Bull, July 1, 2005; 31(3): 697 - 704.
10. M. E Lenior, P. M. Dingemans, A. H Schene, and D. H Linszen Predictors of the Early 5-Year Course of Schizophrenia: A Path Analysis Schizophr Bull, July 1, 2005; 31(3): 781 - 791.

Поступила в редакцию 16.06.2006