УДК 316.334:616.895.8

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В СОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Жукова О.А., Кром И.Л.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России», Capamos, e-mail: meduniv@sgmu.ru

Шизофрения является хроническим заболеванием, которое по нарушению социализации больного и тяжести социальных последствий продолжает лидировать в психиатрии. Основные социальные риски для больных шизофренией заключаются в ограничении социальных связей, нарушении межличностного общения, потере способности к независимому проживанию; стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза, формировании нейрокогнитивного дефицита, вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества, снижении качества жизни. В статье приводятся результаты авторского исследования влияния течения шизофрении на клинический и социальный прогноз. В отличие от существующих в клинической практике представлений о соответствии тяжести течения шизофрении и возникающих ограничений мизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности, проведенное авторами эмпирическое исследование устанавливает, что клинические предикторы, определяющие тяжесть состояния больных при незлокачественном течении шизофрении, не являются облигатными в социализации данной категории больных

Ключевые слова: шизофрения, клинические предикторы, социализация

THE ROLE OF CLINICAL PREDICTORS IN SOCIALIZATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Zhukova O.A., Krom I.L.

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: meduniv@sgmu.ru

Schizophrenia is a chronic disease that continues to lead in psychiatry in violation of the socialization of the patient and the severity of social consequences. The main social risks for patients with schizophrenia involve limiting social relations, interpersonal communication, loss of ability for independent living; stigmatizing effects of psychiatric diagnosis, the formation of neurocognitive deficit, the patients' displacement to lower social level of society, reducing of quality of life. The article presents the results of the author's study of the influence of schizophrenia to clinical and social prognosis. In contrast to existing in clinical practice ideas about the severity of schizophrenia and emerging disability, including restricting the ability to work, the empirical research conducted by the authors establishes that the clinical predictors, determine the severity of patients with non-cancerous course of schizophrenia are not obligate in the socialization of these patients.

Keywords: schizophrenia, clinical predictors, socialization

Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть психической адаптацией. Результирующей процессов психической адаптации во внешней среде является социальная адаптация, она непосредственно характеризует особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения, отражающий основные тенденции личности в формировании социального поведения [5]. Тяжелое психическое расстройство определяет нарушение психической адаптации, социального функционирования субъекта. В настоящее время количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом больного 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. Причиной госпитализации большинства больных в психиатрическую больницу является нарушение социальной адаптации и невозможности самостоятельно решить возникающие жизненные проблемы [5]. Сам факт наличия психического заболевания, так и прогредиентность шизофренического процесса могут кардинальным образом влиять на социальное функционирование больных и менять их социальный статус [6].

Основные социальные риски для личности заболевшего и его социального функционирования заключаются в ограничении социальных связей, потере способности к независимому проживанию; стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза, нарушении межличностного общения, формировании нейрокогнитивного дефицита, эмоциональной напряженности

в семье с повышенным риском ее распада, вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества, снижении качества жизни. Однако, несмотря на глубокий, иногда психотический уровень ряда отмеченных расстройств, как правило, они не служат поводом к обращению за помощью, даже с учетом отчетливого снижения социального функционирования у большинства больных [1].

В литературе указываются многочисленные факторы, оказывающие влияние на прогноз и адаптацию больных, страдающих шизофренией. В целом медико-социальный прогноз шизофрении определяется «свободным правилом трети»: приблизительно треть больных шизофренией ведет более или менее нормальную жизнь, у трети попрежнему отмечаются симптомы болезни при сохранении способности к функционированию в обществе, и треть пациентов имеет выраженные нарушения и нуждается в частой госпитализации. Приблизительно 10% больных из последней группы помещаются в лечебные учреждения на длительное время [4].

По мнению В.Г. Каледы, факторами, свидетельствующими о неблагоприятном клиническом прогнозе заболевания, оказалась кататоническая структура манифестного приступа. Благоприятными прогностическими факторами считали аффектино-бредовую структуру манифестного приступа, а также маниакальный полюс аффекта в структуре аффективно-бредовых приступов. Прогностически важным фактором явилось острое начало заболевания без предшествующего инициального этапа [3]. При злокачественной непрерывно-прогредиентной шизофрении прогноз заболевания неблагоприятен. Практически все больные с этой формой болезни находятся в психиатрических больницах или психиатрических учреждениях социального обеспечения, и только некоторым из них в результате редукции и фрагметарности остаточных продуктивных расстройств создается возможность определенной ресоциализации в больничных условиях (они обретают способность к самообслуживанию, начинают вести более упорядоченный образ жизни и даже занимаются элементарным трудом) [7].

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 [7].

При непрерывно текущей шизофрении наиболее благоприятен как клинический, так и социальный прогноз при малопрогредиентных формах. В процессе лечения значительному, хотя и неравномерному 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 [7].

Неблагоприятные исходы шизофрении в первую очередь определяются так называемой негативной симптоматикой — выраженным снижением свойственных данной личности интересов и активности, эмоциональным обеднением, нарастающей замкнутостью (аутизм), разнообразными нарушениями мышления и поведения (вплоть до шизофренического слабоумия) [2].

Развитие психического дефекта при шизофрении определяется негативными симптомами болезни, наибольшая степень выраженности которых характеризуется как «конечное» состояние. Формирование психического дефекта, т.е. нарастание негитивных изменений при шизофрении во многом зависит от темпа прогредиентности [7].

Bleuler считал, что выраженные аффективные симптомы при шизофрении служат благоприятным прогностическим признаком. Эта точка зрения сохранялась в течение многих десятилетий, несмотря на отсутствие подтверждающих ее хороших доказательств, а в настоящее время накапливаются объективные данные, свидетельствующие о противоположном.

Значительная роль при анализе социального функционирования больных шизофренией уделялась структуре и особенностям ремиссий. Еще «старыми авторами отмечалась возможность относительно удовлетворительной адаптации больных (социальное излечение), когда они могли жить в обществе и даже работать при сокращающейся продуктивной психопатологической симптоматике. Вместе с тем указывалось, что в подобных случаях у части больных сохранялись определенные особенности и странности в поведении, выделяющие их из окружения [8].

При параноидной шизофрении к неблагоприятным факторам адаптации различные авторы (Г.С. Воронцова и соавт., 1965;

Р.С. Бехтерева, 1977; А.Н. Богдан, 1983) относили систематизацию бреда, наличие психических автоматизмов, вербальных и обонятельных галлюцинаций. Однако в этих случаях функционирование больных зависело не только от синдромальных особенностей бреда, его генерализации или, наоборот, инкапсуляции, но и от содержания и направленности психопатологических построений. Так, отсутствие вовлеченности в бредовые переживания окружающей ситуации при прочих равных условиях способствовало лучшей адаптации [8].

Высокий уровень социальной адаптации, даже на фоне неполного или нестойкого смягчения психотической симптоматики или признаков специфического дефекта, значительно улучшает удовлетворенность пациентами отдельными сторонами своего социального функционирования. При наиболее неблагоприятном типе адаптации объективные показатели были крайне низкими, зато субъективное мнение пациентов практически по всем сферам жизни было очень высокимо [9].

С целью установления влияния клинических предикторов на социализацию больных шизофренией нами было проведено исследование, которое основывалось на результатах наблюдения 120 больных трудоспособного возраста (женщины до 55 и мужчины до 60 лет), находящихся на лечении в стационаре «Саратовская областная психиатрическая больница им. Святой Софии» в 2008–2011 годах по поводу шизофрении. Контрольную группу, 100 респондентов, составили клинически здоровые лица. Большую часть пациентов составили лица до 50 лет (85,8%). Инвалидность отсутствовала у большинства пациентов (53,8%). Большинство пациентов (60,8%) страдали приступообразным типом течения шизофрении, у остальных 39,2% был диагностирован непрерывно-прогредиентный тип течения болезни.

В нашем исследовании у 15 человек (12,5%) отмечался психопатоподобный синдром. В клинической картине этих случаев у больных выявлялись раздражительность, вспыльчивость, грубость, капризность, склонность к демонстративным самоповреждениям и попыткам к самоубийству, непоследовательность в поведении. Отмечались 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 пред-

ставлена бредовыми идеями преследования, воздействия, отравления, реже — величия. Во многих случаях присутствовала галлюцинаторная симптоматика, которая была представлена слуховыми обманами, носящими характер истинных и псевдогаллюцинаций, часто обонятельных галлюцинаций неприятного оттенка (пахнет трупом, «удушливыми газами»), сенестопатиями, телесными галлюцинациями, явлениями психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо).

В 22,5% случаев выявлялся аффективно-бредовой 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. При этом доминировали синдромы чувственного бреда (синдром инсценировки и антагонистический бред).

У 3 человек (2,5%) клиническая картина была представлена депрессивным синдромом. В мышлении выявлялись сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания, самообвинения, самоуничижения, самооговоры; в эмоциональной сфере — реакции тревоги и страха; двигательно-волевые расстройства включали угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции.

Пациенты с приступообразно-прогредиентной шизофренией реже поступали в стационар, у большинства срок начала заболевания был не более трех лет, изменения личности у большинства пациентов было выражено незначительно, по сравнению со второй группой пациентов.

Течение шизофрении является одним из основных клинических предикторов клинического и социального прогноза. Не вызывает сомнения, что у больных, страдающих злокачественной шизофренией, существует четкая зависимость тяжести состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничения способности к трудовой деятельности фактора эффективной ресоциализации больных. Проведенное нами эмпирическое исследование устанавливает, что клинические предикторы, определяющие тяжесть состояния больных незлокачественного течения шизофрении, не являются облигатными в социализации данной категории больных.

Список литературы

- 1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Кислицкая И.И. Первый психотический эпизод и проблемы медикосоциальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2005. N Ω Ω Ω Ω Ω Ω
- 2. Бородин В. И. Атипичные антипсихотики эффективная терапия при шизофрении //Здоровье Украины. 2007. №6/1(апрель). С. 68–69.
- 3. Каледа 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. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия: пер.с англ / под ред. Дмитриевой Т.Б. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. 505 с. С. 123.
- 5. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Уточнение основных понятий концепции адаптации психически больных // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. Харьков, 1996. Т. 3. С. 233—235.
- 6. Незнанов Н.Г., Масловский С.Ю., Иванов М.В. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. -2004. -№6 (5). С. 213–215.

- 7. Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. М., 1999. Т. 1. С. 554—555.
- 8. Султанов Мурад Гаджи Ага оглы. КЖ и соцфункционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации: дис. ... канд. мед. наук: М., 2005.-236 с.
- 9. Шадрин В.Н. Адаптационные возможности и оценка КЖ больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 2006. 24 с.

Рецензенты:

Андриянова Е.А., д.соц.н., профессор, зав. кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ», г. Саратов;

Барыльник Ю.Б., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздравсоцразвития РФ», г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 18.10.2011.