

СОЦІАЛЬНА ФРУСТРОВАНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ГОСТРИМ ПОЛІМОРФНИМ ПСИХОТИЧНИМ РОЗЛАДОМ У ПРОДРОМАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПСИХОЗУ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Подано дані про соціальну фрустрованість та якість життя психічно хворих у продромальному періоді психозу. Виявлено, що у пацієнтів із параноїдною шизофренією соціальна фрустрація була менш вираженою, ніж в осіб із гострим поліморфним психотичним епізодом. Показники якості життя були зниженими в обох групах обстежених.

Ключові слова: соціальна фрустрованість, якість життя пацієнтів, параноїдна шизофренія, гострий поліморфний психотичний розлад, продромальний період психозу.

Про наявність продрому при шизофренії зазначалося вже під час перших описів цієї хвороби. Однак в останні 15 років дослідження у цій сфері активізувалися завдяки розвитку нейропсихології, генетики, а також методів нейровізуалізації. Необхідність ідентифікації осіб, які перебувають у групі високого ризику розвитку психозу, зумовлена важливістю раннього втручання у формування психозу з метою запобігання його розвитку і наслідкам. Сучасні дослідження доводять можливість зміщення акцентів у терапії і реабілітації пацієнтів із психотичними розладами на більш ранні етапи формування захворювання [1–5].

Саме продромальний період психозу (ППП) вважається найбільш перспективним з огляду на мінімізацію наслідків патологічного процесу [6–10]. Водночас патопсихологічні механізми формування психозу, а саме — чинники соціальної фрустрованості — на цьому етапі залишаються не вивченими.

Мета цього дослідження — визначення соціальної фрустрованості та якості життя пацієнтів із параноїдною шизофренією (ПШ) та гострим поліморфним психотичним розладом (ГППР) у ППП.

У роботі було використано такі методи дослідження: методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойко [11]; оцінку інтеграційного показника якості життя [12].

Було обстежено 137 пацієнтів із вперше виявленим психозом: 65 хворих (друга — третя госпіталізація) із діагнозом ПШ (F20.0 за МКХ-10); 72 (перша госпіталізація) — із діагнозом ГППР (F23.0, F23.1).

Усі пацієнти обстежувалися як у форматі реального часу, так і ретроспективно. За допомогою методики Л. І. Вассермана було вивчено загальний рівень соціальної фрустрованості та рівень

фрустрованості за окремими соціальними чинниками життєдіяльності хворих із ПШ та ГППР у продромі психозу (табл. 1).

Отже, у хворих із ПШ у ППП виявився знижений загальний рівень соціальної фрустрованості ($1,9 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$). Основними соціальними факторами, що підвищують загальний рівень соціальної фрустрації у цього контингенту хворих, є становище у суспільстві ($3,2 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$); взаємини з адміністрацією на роботі ($3,1 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$); взаємини із суб'єктами своєї професійної, навчальної діяльності (учні, клієнти) ($3,0 \pm 0,2$ бала, $p < 0,05$).

Результати аналізу інформативності виділених за допомогою методики Л. І. Вассермана соціальних факторів фрустрації життєдіяльності у ППП хворих із ПШ подано у табл. 2.

За результатами проведеного статистичного аналізу виявлено таку значущість фрустрації основних соціальних чинників життєдіяльності у ППП хворих на ПШ: підвищений рівень фрустрації становищем у суспільстві (ДК $(-16,22)$, МІ 3,67, при $p < 0,05$); взаємовідносинами із суб'єктами своєї професійної, навчальної діяльності (ДК $(-15,02)$, МІ 3,30, $p < 0,05$); взаємовідносинами з адміністрацією на роботі (ДК $(-14,20)$, МІ 2,67, $p < 0,05$).

У хворих із ГППР у продромі психозу встановлено помірний загальний рівень соціальної фрустрованості ($2,6 \pm 0,4$ бала, $p < 0,05$). Основними соціальними факторами, що підвищують загальний рівень соціальної фрустрації у цього контингенту хворих, є високий рівень фрустрації у відносинах із батьками ($3,7 \pm 0,2$ бала, $p < 0,01$); із друзями і знайомими ($3,6 \pm 0,4$ бала, $p < 0,01$); з колегами по роботі ($3,6 \pm 0,4$ бала, $p < 0,01$); від свого способу життя ($3,4 \pm 0,4$ бала, $p < 0,01$).

Дані аналізу інформативності виділених соціальних факторів фрустрації життєдіяльності

Таблиця 1

Рівень вираженості соціальної фрустрованості хворих із параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом у продромальному періоді

Основні соціальні фактори життєдіяльності (задоволеність)	Рівень вираженості $M \pm \sigma$ (бали)	
	хворі з ПШ	хворі з ГППР
Освіта	1,0±0,3	1,3±0,5
Взаємовідносини з колегами по роботі	1,0±0,4	3,6±0,4**
Взаємовідносини з адміністрацією на роботі	3,1±0,3*	2,0±0,4
Взаємовідносини із суб'єктами професійної, навчальної діяльності	3,0±0,2*	2,0±0,2
Зміст роботи (навчання) у цілому	1,8±0,3	2,2±0,5
Умови професійної діяльності (навчання)	3,0±0,2	3,5±0,4
Становище у суспільстві	3,2±0,3*	2,2±0,4
Матеріальне становище	3,2±0,2	3,5±0,3
Житлово-побутові умови	1,6±0,4	2,0±0,2
Відносини з чоловіком (дружиною)	2,1±0,3	2,4±0,2
Відносини з дитиною (дітьми)	1,5±0,4	1,9±0,4
Відносини з батьками	1,0±0,2	3,7±0,2**
Обстановка у суспільстві (державі)	2,0±0,4	2,4±0,3
Відносини з друзями, знайомими	1,1±0,3	3,6±0,4**
Сфера послуг та побутового обслуговування	1,8±0,4	2,2±0,2
Сфера медичного обслуговування	1,7±0,2	2,1±0,5
Проведення дозвілля	1,8±0,3	2,2±0,3
Можливість проводити відпустку	1,9±0,1	2,3±0,4
Можливість вибору місця роботи	1,8±0,3	2,0±0,2
Свій спосіб життя у цілому	1,2±0,3	3,4±0,4**
Загальний рівень соціальної фрустрованості ($M \pm \sigma$ балів)	1,9±0,3	2,6±0,4*

Примітка. Відмінності статистично достовірні при: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Те саме у табл. 4.

($p < 0,01$) у хворих із ГППР у ППП подано у табл. 3.

У результаті проведеного статистичного аналізу встановлено таку значущість фрустрації основних соціальних факторів життєдіяльності хворих із ГППР у ППП: високий рівень фрустрації

Таблиця 2

Міра інформативності виділених соціальних факторів фрустрації життєдіяльності хворих на параноїдну шизофренію у продромальному періоді психозу

Основні соціальні фактори життєдіяльності	Оцінка за шкалою (бали)	ДК*	МІ**
Підвищений рівень фрустрації становищем у суспільстві	> 1,0	-16,22	3,67
Підвищений рівень фрустрації взаємовідносинами із суб'єктами своєї професійної, навчальної діяльності	> 1,0	-15,02	3,30
Підвищений рівень фрустрації взаємовідносинами з адміністрацією на роботі	> 1,0	-14,20	2,76

* Діагностичний коефіцієнт; ** міра інформативності Кульбака. Те саме у табл. 3.

Таблиця 3

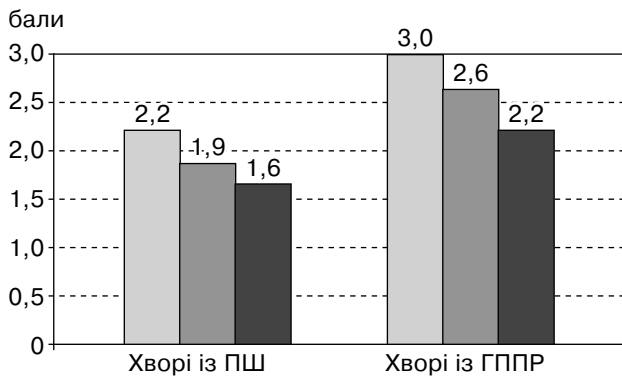
Міра інформативності виділених соціальних факторів фрустрації життєдіяльності у хворих із гострим поліморфним психотичним розладом у продромальному періоді психозу

Основні соціальні фактори життєдіяльності	Оцінка за шкалою (бали)	ДК*	МІ**
Високий рівень фрустрації у відносинах із батьками	> 1,0	23,33	4,12
Підвищений рівень фрустрації від свого способу життя	> 1,0	25,27	3,25
Високий рівень фрустрації у взаєминах із колегами по роботі	> 1,0	21,97	2,98
Високий рівень фрустрації у відносинах із друзями та знайомими	> 1,0	24,05	2,56

у відносинах із батьками (ДК 23,33, МІ 4,12, $p < 0,01$); від свого способу життя (ДК 25,27, МІ 3,25, $p < 0,01$); у взаєминах із колегами по роботі (ДК 21,97, МІ 2,98, $p < 0,01$); у відносинах із друзями і знайомими (ДК 24,05, МІ 2,56, $p < 0,01$).

Порівняння загальних рівнів соціальної фрустрованості хворих із ПШ та ГППР у продромі психозу відображено на рисунку.

Загальний рівень соціальної фрустрованості у хворих із ПШ у ППП був нижчим ($1,9 \pm 0,3$ бала, $p < 0,05$), ніж у пацієнтів із ГППР ($2,6 \pm 0,4$ бала, $p < 0,05$). Цей факт, можливо, свідчить про велику



Співвідношення загальних рівнів соціальної фрустрації хворих із параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом у продромі психозу: □ — М + σ; ■ — М; ■ — М - σ

гнучкість адаптаційних механізмів у пацієнтів із ГППР.

У хворих із ПШ та ГППР із різним клінічним перебігом ППП було використано метод оцінки інтеграційного показника якості життя. За результатами цього дослідження було оцінено якість життя пацієнтів із ПШ та ГППР відповідно до факторів фізичного і психологічного благополуччя, рівня самообслуговування, незалежності дій і працездатності, якості міжособистісної взаємодії, соціоемоційної, громадської та службової підтримки, рівня особистісної та духовної реалізації, загального сприйняття якості життя (табл. 4).

У групі хворих із ПШ із безперервним перебігом (БП) ППП переважають особи з низькими

показниками якості життя у сферах: особистісної реалізації (наявність відчуття рівноваги, отримання задоволеності від сексу, мистецтва та ін.) ($2,9 \pm 0,8$ бала, $p < 0,01$); психологічного благополуччя (хороше самопочуття, задоволеність собою) ($3,1 \pm 1,1$ бала, $p < 0,05$); загального сприйняття якості життя ($3,3 \pm 0,8$ бала, $p < 0,05$).

Серед хворих із ПШ з епізодичним перебігом (ЕП) ППП частіше зустрічаються особи з низьким показником якості життя у сфері соціоемоційної підтримки (наявність людей, яким хворий довіряє і які можуть запропонувати йому допомогу та моральну підтримку) ($2,8 \pm 0,8$ бала, $p < 0,05$).

У групі хворих із ПШ і змішаним перебігом (ЗП) ППП низькі показники якості життя отримано переважно у сфері міжособистісної взаємодії (можливість відповідати і підтримувати хороші відносини у родині, з друзями, групами людей) ($3,0 \pm 1,5$ бала, $p < 0,01$).

Серед хворих ГППР із БП ППП переважають особи з низьким показником якості життя у сфері працездатності (можливість виконувати робочі, професійні або домашні обов'язки) ($3,4 \pm 1,4$ бала, $p < 0,05$).

Пацієнти з ГППР із ЕП ППП мали низькі показники якості життя у сферах суспільної і службової підтримки (приємні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів) ($3,0 \pm 0,5$ бала, $p < 0,05$); соціоемоційної підтримки ($3,2 \pm 1,1$ бала, $p < 0,05$); загального сприйняття якості життя ($3,7 \pm 0,8$ бала, $p < 0,05$).

У групі обстежених із ГППР зі ЗП ППП переважали хворі з низькими показниками якості

Таблиця 4

Показники якості життя хворих із параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним розладом із різним клінічним перебігом продромального психозу

Показники якості життя	Показник вираженості М±σ (бали)					
	хворі із ПШ			хворі із ГППР		
	БП ППП	ЕП ППП	СП ППП	БП ППП	ЕП ППП	ЗП ППП
Фізичне благополуччя	6,6±1,9	6,4±0,9	6,2±1,4	6,1±1,0	6,3±1,4	3,3±1,2*
Психологічне благополуччя	3,1±1,1*	5,5±0,9	5,3±0,5	5,7±1,0	5,9±1,3	6,1±1,1
Самообслуговування і незалежність	6,7±1,0	7,0±1,5	6,5±1,2	7,0±1,3	6,8±1,0	6,7±1,3
Працездатність	5,5±1,5	5,2±1,1	5,8±0,9	3,4±1,4*	6,5±1,4	6,3±1,2
Міжособистісна взаємодія	6,1±1,7	5,8±1,3	3,0±1,5**	5,7±0,9	5,5±1,5	5,4±0,4
Соціоемоційна підтримка	5,1±1,1	2,8±0,8*	5,4±1,6	5,9±1,3	3,2±1,1*	6,2±1,4
Громадська і службова підтримка	5,4±1,2	6,0±0,9	5,7±0,4	5,9±1,0	3,0±0,5*	5,4±0,8
Особистісна реалізація	2,9±0,8**	6,8±1,1	7,0±0,8	7,1±1,2	6,7±0,3	6,8±0,5
Духовна реалізація	6,2±1,3	5,9±1,5	6,3±1,0	5,9±1,3	5,5±0,9	3,1±0,8*
Загальне сприйняття якості життя	3,3±0,8*	5,4±1,0	4,9±0,9	5,8±1,0	3,7±0,8*	6,1±1,2

життя у сферах фізичного благополуччя (відчуття енергійності, відсутність болю і фізичних проблем) ($3,3 \pm 1,2$ бала, $p < 0,05$); духовної реалізації (наявність відчуття рівноваги, отримання задоволеності від сексу, мистецтва та ін.) ($3,1 \pm 0,8$ бала, $p < 0,05$).

Узагальнюючи отримані результати дослідження слід зазначити, що для пацієнтів із ПШ у ППП характерний знижений загальний рівень соціальної фрустрованості, основними її факторами були становище у суспільстві, взаємовідносини з адміністрацією на роботі, із суб'єктами своєї професійної та навчальної діяльності.

Хворі на ПШ із БП ППП мали низькі показники якості життя у сферах особистісної реалізації, психологічного благополуччя, загального сприйняття якості життя, з ЕП ППП — соціо-емоційної підтримки, зі ЗП ППП — міжособистісної взаємодії.

Для пацієнтів із ГППР у ППП був характерний помірний загальний рівень соціальної фрустрованості, який зумовлений відносинами з батьками, друзями і знайомими, колегами по роботі, а також підвищений рівень фрустрації від свого способу життя.

В обтежених із ГППР реєструвалися низькі показники якості життя у сфері працездатності (у групі хворих із БП ППП); у сферах суспільної і службової, соціоемоційної підтримки і загального сприйняття якості життя (у групі хворих з ЕП ППП); у сферах фізичного благополуччя і духовної реалізації (у групі хворих зі ЗП ППП).

Отже, отримані дані доцільно використовувати у діагностиці продромальної стадії психозу у хворих із ПШ та ГППР.

Список літератури

1. Методологические и методические подходы к разработке высокоспециализированных технологий психиатрической помощи / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Г. Г. Пуятин, И. В. Жигулина // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2012.— № 1 (28).— С. 5–15.
2. Абрамов В. А. Личностно-социальное восстановление больных с первым эпизодом шизофрении: концептуальные основы / В. А. Абрамов, О. И. Осокина // Журн. психиатрии и мед. психологии.— 2012.— № 1 (28).— С. 15–22.
3. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза: метод. пособ. / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская.— Х.: [б. и.], 2010.— 96 с.
4. Формальные расстройства мышления при синдроме риска первого психоза / М. М. Скугаревская, Н. А. Данилевич, Ю. В. Кремень, Е. И. Кудина // Военная медицина.— 2014.— № 2.— С. 12–19.
5. McGorry P. Evidence, early intervention and the tipping point / P. McGorry // Early Interv. Psychiatry.— 2010.— Vol. 4.— P. 1–3.
6. Садовничий К. С. Возможности комплексной психофармакотерапии в предманифестном периоде психозов / К. С. Садовничий, К. И. Бакуменко, В. В. Иванченко // Психиатрия: быть или не быть: матер. науч.-практ. конф.— Ростов-на-Дону, 2011.— С. 278–282.
7. Early intervention in psychosis keeping faith with evidence-based health care / P. McGorry, J. O. Johannessen, S. Lewis [et al.] // Psychol. Med.— 2010.— Vol. 40.— P. 399–404.
8. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome / P. D. McGorry, B. Nelson, L. J. Phillips [et al.] // J. Clin. Psychiatry.— 2013.— Vol. 74 (4).— P. 349–356.
9. Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomized controlled trial / P. Morrison, P. French, S. L. K. Stewart [et al.] // BMJ.— 2012.— Vol. 344 (05).— P. 2233.
10. Preti A. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness / A. Preti, M. Cella // Schizophrenia Research.— 2010.— Vol. 123.— P. 30–36.
11. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых.— М.: Экспо, 2005.— С. 38.
12. Validization an efficient quality of life index / J. Mezich, N. Cohen, M. Ruiperez [et al.]— Hamburg: 11th World Congress of Psychiatry: Psychiatry on new Thresholds, 1999.— P. 427–428.

СОЦИАЛЬНАЯ ФРУСТРИРОВАННОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПСИХОЗА

В. С. БИЛОУС

Представлены данные о социальной фрустрированности и качестве жизни психически больных в продромальном периоде психоза. Выявлено, что у пациентов с параноидной шизофренией социальная фрустрация была менее выражена, чем у лиц с острым полиморфным психотическим эпизодом. Показатели качества жизни были сниженными в обеих группах обследованных.

Ключевые слова: социальная фрустрированность, качество жизни пациентов, параноидная шизофрения, острое полиморфное психотическое расстройство, продромальный период психоза.

SOCIAL FRUSTRATION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND ACUTE POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER IN THE PRODROMAL PERIOD OF PSYCHOSIS

V. S. BILOUS

The data on social frustration and quality of life of patients in the prodromal period of psychosis are presented. It was revealed that the patients with paranoid schizophrenia had less manifested characteristics of social frustration as compared with the patients with acute polymorph psychotic episode. The indices of quality of life were decreased in the both groups.

Key words: social frustration, quality of life in patients, paranoid schizophrenia, acute polymorph psychotic disorder, prodromal period of psychosis.

Надійшла 19.09.2017