

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

В.Э. Пашковский¹, А.Г. Софронов^{1,2}, И.Д. Федоровский¹, А.Е. Добровольская¹

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России,

²ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Социальная адаптация представляет собой совокупность процессов приспособления к внешней среде, а ее уровень определяется мерой успешности функционирования субъекта в социуме с точки зрения общественных норм [7, 8, 16]. Нарушения социальной адаптации включаются в международные классификации и рассматриваются как сущностный признак шизофрении. Так, в DSM-5 отмечается, что с момента возникновения заболевания уровень функционирования в одной или нескольких областях, таких как работа, межличностные отношения или самообслуживание, становится заметно ниже уровня, достигнутого до начала болезненного процесса [20]. По данным интернет-опроса медицинских работников, проведенного M.Barrios [17], ограничения активности и ограничения возможностей партнерства широко затронуты в данной популяции и очень сильно зависят от нейрокогнитивных и социально-когнитивных нарушений и факторов окружающей среды [3, 11]. В других работах определены корреляции между динамическими показателями течения шизофренического процесса, уровнем социального функционирования и психопатологическими расстройствами. Установлена структура биопсихосоциальных факторов, влияющих на социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии [15]. Так же, как величина показателя общей заболеваемости психическими расстройствами может быть обусловлена влиянием социально-экономических факторов и мер по оптимизации психиатрической помощи [5], так и показатели социальной адаптации зависят от межличностных, социально-экономических и культуральных контекстов.

Одним из факторов, неблагоприятно влияющих на социальную адаптацию, является частота и длительность госпитализаций в психиатрический стационар. Показано, что значение показателей социального функционирования и качества жизни находится в прямой зависимости от наличия наследственной отягощенности по психическому заболе-

ванию, возраста, в котором началось заболевание, длительности заболевания, частоты и длительности госпитализаций [12]. Вместе с тем, оказалось мало работ, посвященных как комплексному изучению клинко-демографических, так и клинко-социальных факторов, приводящих к частому стационарному [13], не изучены социально-демографические профили больных с редкими госпитализациями [22].

Цель исследования – провести сопоставление показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализаций и оценить их социально-демографический профиль.

Материалы и методы

В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты 1 327 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся у психиатров психоневрологического диспансера №5 Красногвардейского района г.Санкт-Петербурга. В исследование было включено 116 больных параноидной шизофренией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: F20.004 – 31 (26,7%) человек, F20.006 – 68 (58,6%) человек, F20.014 – 13 (11,2%) человек, F20.018 – 1 (0,9%) человек, F20.019 – 3 (2,6%) человека; в возрасте от 19 до 60 лет (средний возраст 45,8±10,4 лет), из них женщин – 54, мужчин – 62. Инвалидов I группы было 3 человека, II – 71 человек, III – 3 человека. 39 пациентов инвалидности не имели. Критериями включения в исследование было отсутствие острой психопатологической симптоматики, длительность наблюдения не менее 5 лет, возраст не ниже 18 лет, исключения – псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления и шизофазии. Для решения поставленной в исследовании задачи проведено ретроспективное изучение частоты госпитализаций. В ряде работ [1, 4, 6, 9, 14, 23] отмечалась известная методическая сложность определения этого критерия. В соответствии

с имеющимися данными в качестве критерия частых госпитализаций была принята такая их частота, при которой коэффициент частоты госпитализаций превышал 1,0 за любой период болезни длительностью не менее 5 лет. Пациенты всей выборки были поделены на три группы: две группы сравнения и одну контрольную. Частота госпитализаций в исследуемых группах определялась за последние 10 лет. В I группу (частые госпитализации) вошло 38 больных в возрасте 51,7±3,9 лет (25 муж. и 13 жен.). Длительность заболевания: 20–25 лет – 7 (18,4%), 26–29 лет – 10 (26,3%), 30 лет и выше – 21 (55,3%); со средним количеством госпитализаций 12,1±5,3 и имеющих коэффициент частоты госпитализаций в психиатрический стационар 3 и более раз в 5 лет. Во II группу (редкие госпитализации) также вошло 38 человек в возрасте 53,1±4,0 лет (16 муж. и 22 жен.). Длительность заболевания: 20–25 лет – 17 (44,7%), 26–29 лет – 13 (34,2%), 30 лет и выше – 8 (21,0%), со средним количеством госпитализаций 3,4±2,5, имеющих одну или не имеющих госпитализаций в психиатрический стационар в течение последних 5 лет. III группу (контрольную – частота госпитализаций которых не определяется ни как частые, ни как редкие) составили 40 пациентов (21 муж. и 19 жен.) в возрасте от 19 до 44 лет (33,4±6,7). Длительность заболевания: 10 лет – 23 (57,5%), 10–14 лет – 12 (30,0%), 15–19 лет – 4 (10,0%), 20 лет – 1 (2,5%), со средним количеством госпитализаций за весь период заболевания 4,7±3,7.

В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный и статистический методы. Стандартизация клинико-психопатологического исследования проводилась в форме структурированного интервью, на основании специально разработанной карты, состоящей из 5 модулей и включающей демографические, клинико-психопатологические и социальные характеристики пациентов, также проводилось изучение амбулаторных карт и

беседы с родственниками. Применялся опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера [2]. С помощью статистического пакета STATISTICA 7.0 проводилось вычисление показателей описательной статистики [10]. Определялись среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), медиана (Me), интерквартильный размах: значения 25 и 75 перцентилей (Q). При сопоставлении трех групп по одному количественному или порядковому признаку применялся метод Краскела-Уоллиса, двух групп – метод Манна-Уитни. При сопоставлении трех групп по бинарному признаку использовался критерий Манна-Уитни в обратном применении, двух групп – критерий χ^2 . Уровень значимости в данном исследовании был принят для парных сравнений с поправкой Бонферрони $p < 0,017$.

Результаты

В данном исследовании в качестве показателей социальной адаптации рассматривались показатели достигнутого уровня образования, трудовой деятельности, семейных взаимоотношений, дневной активности, общения с друзьями и знакомыми, материально-бытового обеспечения (доход, жилье, питание, одежда).

Оценка уровня образования (табл. 1) выявила значимое межгрупповое отличие по тесту Краскела-Уоллиса ($p < 0,01$). Попарное сравнение показало, что уровень образования во II группе значимо выше, чем в I ($p < 0,01$) и в III ($p < 0,01$). Различия между I и III группами статистически не значимы ($p > 0,05$).

В I группе значимо выше, чем во II и III группах, доля лиц, прервавших получение образования в связи с тяжестью заболевания – ($p < 0,01$) и 81,6% vs 32,5% ($p < 0,01$) соответственно 81,6% vs 21,0%. Значимых различий между II и III группами не выявлено.

Показатели трудового стажа представлены в табл. 2.

Таблица 1

Уровень образования

Балл	Показатель	I группа n=38		II группа n=38		III группа n=40	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Учёная степень	0	0	0	0	0	0
2	Последипломное (аспирантура)	0	0	0	0	0	0
3	Высшее (ВУЗ)	7	18,4	18	47,4	12	30,0
4	Незаконченное высшее (ВУЗ)	8	21,0	7	18,4	1	2,5
5	Среднее профессиональное (техникум, колледж)	9	23,7	12	31,6	13	32,5
6	Среднее (10-11 классов средней школы)	9	23,7	0	0	12	30,0
7	Неполное среднее (5-9 классов средней школы)	5	13,2	1	2,6	2	5,0
8	Начальное (1-4 классов средней школы)	0	0	0	0	0	0
Медиана (Me)		5,0		4,0		5,0	
Интерквартильный размах (Q)		4,0-6,0		3,0-5,0		3,0-6,0	
Уровень значимости		p=0,0011*; pI-II=0,0011; pI-III=0,6855; pII-III=0,0035					

Примечания: * – тест Краскела-Уоллиса.

Показатели трудового стажа

Балл	Показатель	I группа n=38		II группа n=38		III группа n=40	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Непрерывный с начала трудовой деятельности	2	5,3	13	34,2	9	22,5
2	Трудовой стаж с короткими перерывами	8	21,0	12	31,6	11	27,5
3	Трудовой стаж с длительными перерывами	10	26,3	11	28,9	6	15,0
4	Никогда не работал	18	47,4	2	5,3	14	35,0
Медиана (Me)		3,0		2,0		2,5	
Интерквартильный размах (Q)		2,0-4,0		1,0-3,0		2,0-4,0	
Уровень значимости (p)		p=0,0001*; pI-II=0,0000; pI-III=0,0588; pII-III=0,0371					

Примечания: * – тест Краскела-Уоллиса.

Как видно из табл. 2, показатели трудового стажа имели статистически значимые различия только между I и II группами ($p < 0,01$) за счет преобладания во II группе лиц с непрерывным стажем с начала трудовой деятельности и пациентов, никогда не работавших, в I группе. За последние 10 лет работающие пациенты сменяли места работы от 1 до 8 раз, что соответствовало 1–8 баллам. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 8, 0 (7,0–8,0), во II – 2,5 (1,0–8,0) и в III – 5,5 (1,0–8,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимо и равнялось 0,0001. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$).

Смену мест работы объясняли: морбидными причинами (редукция энергетического потенциала и пр.) в I группе – 2 (5,3%) человек, во II – 9 (23,7%) человек, в III – 3 (7,5%); увольнением в связи с сокращением и реорганизацией предприятия в I группе – 2 (5,3%) человек, во II – 3 (7,9%) человек, в III – 4 (10,0%); отсутствием интереса к работе в I группе – 3 (7,9%) человек, во II – 3 (7,9%) человек, в III – 2 (5,0%). Межгрупповые различия статистически не значимы. Конфликты с администрацией и коллективом как причину смены мест работы пациенты I группы не указывали, во II эту причину указали 1 (28,9%) человек, в III – 2 (5,0%). Значимыми оказались различия между I и II ($p < 0,01$) и I и III ($p < 0,01$) группами.

Уровень занятости на момент обследования был низким: у больных с частыми госпитализациями составил 15,8%, а с редкими – 47,3%. Не работало 28 (73,7%) человек в I, 18 (47,4%) человек во II и 22 (55,0%) человека – в III группе. Межгрупповые различия оказались статистически не значимыми.

Признак «использование персонального компьютера» оценивался 1–4 баллами в диапазоне от «ежедневно» до «никогда». Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 4, 0 (1,0–4,0), во II – 2,0 (1,0–4,0) и в III – 1,0 (1,0–1,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым

и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$), между I и III и II и III группами ($p < 0,01$). Ежедневно использовали компьютер 14 (36,8%) пациентов I и 16 (42,1%) II группы. Значимых различий между этими группами не обнаружено.

Признак «ведение домашнего хозяйства» оценивался 1–5 баллами. В I группе большинство пациентов – 17 (44,7%) обслуживались родственниками и нуждались в уходе; во II наиболее значительной была доля лиц, которые обслуживали себя и окружающих, но в объеме меньшем, чем до болезни – 13 (34,2%) и в III – превалировало количество пациентов, полностью обслуживающих себя и окружающих – 17 (42,5%). Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 3, 0 (1,0–5,0), во II – 2,0 (1,0–3,0) и в III – 2,0 (1,0–3,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) оказалось статистически не значимым и равнялось 0,0196. Значимые различия были выявлены между I и III группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p = 0,016$).

Признак «частота посещения магазина» оценивался 1–5 баллами в диапазоне от ежедневного посещения до отсутствия посещений. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 4, 0 (3,0–4,0), во II – 2,0 (2,0–4,0) и в III – 2,0 (2,0–2,5). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0004. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$).

Дневная активность за последний год наблюдения оценивалась частотой прогулок, использования общественного транспорта, частотой посещения театров, музеев и других мест отдыха, частотой посещения церкви.

Доли пациентов как I, так и II группы, совершавших ежедневные прогулки, были одинаковы – по 12 (31,6%) человек. Признак характеризовался 1–4 баллами от «ежедневно» до «никогда не совершал». Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 2,5 (1,0–4,0),

во II – 2,0 (1,0–2,0) и в III – 2,0 (1,0–2,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически не значимым и равнялось 0,0615. Также не значимыми были и межгрупповые различия.

Доли больных, не посещающих культурные учреждения, были наиболее высокими. В I группе – 27 (71,0%), во II – 13 (34,2%), в III – 22 (55,0%). В то же время с частотой 1 раз в полгода эти учреждения посещали 6 (15,8%) пациентов I группы, 21 (55,3%) – II, 8 (20%) – III. Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0025. Межгрупповые значимые различия были выявлены только между I и II группами ($p < 0,01$).

Признак частоты использования общественного транспорта характеризовался 1–4 баллами от «ежедневно» до «никогда». Большинство больных I группы (21 или 55,3%) общественным транспортом не пользовались. 25 (65,8%) пациентов II группы чаще всего пользовались транспортом 1–2 раза в неделю, а большинство пациентов III группы – ежедневно – 20 (50%). Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 4, 0 (2,0–4,0), во II – 2,0 (2,0–4,0) и в III – 1,5 (1,0–2,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимыми оказались различия между I и III ($p < 0,01$) и между II и III ($p < 0,01$) группами. 7 пациентов (18,4%) I группы считали себя религиозными и посещали церковь 1 раз в полгода. Во II и III группе таких пациентов было соответственно 10 (26,3%) и 3 (7,5%). Значимых межгрупповых различий не обнаружено.

Признак «частота просмотра телевизионных передач» оценивался 1–5 баллами в диапазоне от ежедневного просмотра до полного отказа от него. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 5, 0 (2,0–5,0), во II – 2,0 (1,0–5,0) и в III – 1,0 (1,0–2,5). Значение p

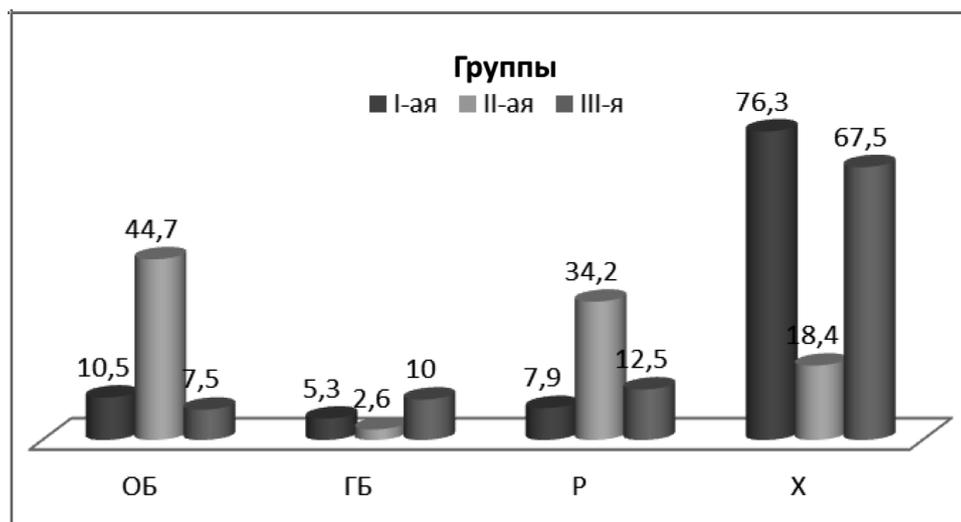
для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0001. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$).

Межличностные переменные включали данные о семейном положении, составе семьи, положении больного в семье, характеристику круга общения и частоту общения с друзьями и знакомыми.

Данные о семейном положении оценивались 1–5 баллами. Как видно из рисунка, большинство пациентов I и III групп были холостыми, в то время как большинство пациентов II группы – женатыми. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 5, 0 (5,0–5,0), во II – 2,0 (1,0–2,0) и в III – 5,0 (3,0–5,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между II и III группами ($p < 0,01$).

По составу семьи в I и III группах, соответственно в 17 (44,7%) и 26 (65,0%) случаях преобладали семьи, в которых больной жил с родителями. Во II – большинство семей 15 (39,5%) состояли из супругов (один из которых пациент) и их детей. Одиноких больных было по 8 (21%) в I и II группах. В III таких пациентов было 4 (10%). Различий как по тесту Краскела-Уоллиса, так и по тесту Манна-Уитни не выявлено.

Положение больного в семье оценивалось 1–4 баллами. Семей, где больной был главой, основным кормильцем и его мнение в семейных делах было решающим, в I группе не было; во II и III соответственно 9 (23,7%) и 4 (10,0%). Семей, где больной не является главой, но с его мнением считаются, в I группе было 9 (23,7%), во II – 21 (55,3%), в III – 21 (52,5%). Семей, где больной занимает подчиненное положение, целиком зависит от родственников и с его



Семейное положение больных параноидной шизофренией (доли в %)

Примечания: ОБ – официальный брак, ГБ – гражданский брак, Р – разведенные, Х – холостые.

мнением не считаются, в I группе было 21 (55,3%), во II – 4 (10,5%), в III – 14 (35,0%). Потерявших связь с семьей в I группе было 8 (21,0%), во II – 4 (10,5%), в III – 1 (2,5%). Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 3,0 (3,0–3,0), во II 2,0 (2,0–2,0) и в III – 2,0 (2,0–3,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$).

Частота общения с друзьями и знакомыми оценивалась 1–7 баллами от «ежедневно» до «никогда». В I группе наиболее высокой была доля пациентов с отказом от общения – 23 (60,5%) человек, во II общающихся еженедельно – 22 (57,9%), а в III общающихся ежедневно – 16 (40%). Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 7,0 (2,0–7,0), во II – 2,0 (2,0–7,0) и в III – 2,0 (1,0–4,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II ($p < 0,01$), между I и III ($p < 0,01$) и между II и III группами ($p < 0,01$). Характеристики круга общения оценивались 1–5 баллами. Среди пациентов I группы наибольшей была доля лиц с резко ограниченным кругом общения – 19 (50,0%) человек, II – с разнообразным кругом общения, в значительной степени по инициативе больного – 15 (39,5%) человек. Больные III группы предпочитали общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного – 14 (35%) человек. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 4,5 (2,0–5,0), во II – 2,0 (1,0–3,0) и в III – 3,0 (2,0–4,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$).

Материальное положение больных за последний год наблюдения было следующим. У ½ пациентов как I, так и II группы материальных средств хватало на удовлетворительное питание, оплату ЖКХ, приобретение недорогой одежды. В III группе недостаток был выше: у 33 (82,5%) средств хватало на разнообразное полноценное питание, приобретение, хорошей одежды, отдых. В то же время с трудом сводили концы с концами 17 (44,7%) пациентов I группы и 5 (13,2%) – II. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 3,0 (3,0–4,0), во II – 3,0 (2,0–3,0) и в III – 2,0 (2,0–2,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$), между I и III группами ($p < 0,01$) и между II и III ($p < 0,01$).

Динамика материального положения оценивалась баллами 1–3. Доход в связи с заболеванием значи-

тельно снизился у 17 (44,7%) больных I, 5 (13,1%) II и 4 (10%) III группы. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 2,0 (2,0–3,0), во II – 2,0 (2,0–2,0) и в III – 2,0 (2,0–2,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0007. Значимые различия были выявлены между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$). Одиноким больным как I, так и II группы чаще всего проживали в отдельной однокомнатной квартире – 8 (21,0%). Семьи, членами которых были пациенты, чаще всего проживали: I группа – в отдельной однокомнатной квартире – 17 (44,7%), II и III группы – в отдельной квартире из 2 или нескольких комнат – соответственно 19 (50,0%) и 27 (67,5%). Среди пациентов всех групп лиц без определенного места жительства не было. По данному признаку общегрупповой и межгрупповые показатели оказались статистически не значимыми.

Пациенты всех групп характеризовали качество питания как удовлетворительное, в их рационе имелся необходимый набор продуктов без излишеств. Общегрупповой и межгрупповые показатели качества питания оказались статистически не значимыми.

Качество одежды оценивалось 1–4 баллами. У большинства пациентов I – 25 (65,8%) человек и II – 22 (57,9%) человека гардероб был небогат, в основном старые вещи, но было самое необходимое. Медиана (Me) и интерквартильный размах (Q) в группах равнялись соответственно: в I – 3,0 (2,0–3,0), во II – 3,0 (2,0–2,0) и в III – 2,0 (2,0–2,0). Значение p для всех групп (тест Краскела-Уоллиса) было статистически значимым и равнялось 0,0000. Значимых различий между I и II группами не выявлено. Статистически значимыми были различия между I и II, II и III группами ($p < 0,01$).

Обсуждение

Частота госпитализаций является важным предиктором нарушения социального функционирования, причем наибольший риск повторной госпитализации наблюдается у одиноких пациентов с начальным или средним профессиональным образованием, не имеющих постоянной занятости [21, 27]. Нами частично подтверждены данные С.А. Долгова [4] о снижении уровня образования у больных с частыми госпитализациями. Вместе с тем, в нашей выборке не было пациентов с начальным образованием. Различия в уровне образования были обнаружены только между группами с частыми и редкими госпитализациями и не выявлены по сравнению с контрольной. Сведения об уровне занятости в литературе противоречивы. Одни авторы не видят разницы в этих показателях между больными шизофренией и аффективными психозами [18]. Другие сообщают о значительном снижении занятости при шизофрении. Последние европейские

исследования определяют этот уровень в целом от 10% до 20%, считая барьерами для трудоустройства стигму, дискриминацию, боязнь потери выгоды со стороны работодателей, а также отсутствие надлежащей профессиональной помощи [24]. Однако в этих исследованиях не приводятся дифференцированные показатели для больных с частыми и редкими госпитализациями. По нашим данным, уровень занятости больных с частыми госпитализациями составил 15,8%, а с редкими – 47,3%.

Тот факт, что показатели общения с друзьями и знакомыми были различны как у больных с частыми и редкими госпитализациями, так и у больных с частыми и редкими госпитализациями из контрольной группы, говорит о том, что этот показатель является отличительным межгрупповым признаком. По литературным данным, частота социального взаимодействия с друзьями была значимым положительным предиктором ремиссии более двух лет, а социальная дисфункция является одним из значимых критериев для диагностики шизофрении. Больные с параноидной шизофренией показали большую глубину социальной дисфункции по сравнению с пациентами, у которых параноидная симптоматика не определяла клиническую картину заболевания [19, 25].

По признаку «семейное положение» наши данные оказались близки с данными польского исследования. Например, M.Szkulcka-Dębek [26] с соавторами показали, что в выборке из 961 пациентов (средний возраст 40,7 года, частота госпитализаций в среднем раз в год, посещение психиатра 9,4 раза в год), 61% не вступали в брак, 12% были разведенными, 22% были женатыми и сожительствующими, 17% были одиночками. В нашем исследовании эти показатели у больных с частыми госпитализациями соответственно равнялись 76,3%, 7,9%, 15,8% и 21,0%. Таким образом, настоящее исследование выявило различия и сходства показателей социальной адаптации у больных параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями, что

может быть использовано при разработке реабилитационных программ.

Выводы

У больных с параноидной шизофренией с частыми госпитализациями, по сравнению с больными с редкими госпитализациями, значимо ниже оказались следующие социально-демографические показатели: «достигнутый уровень образования», «трудовой стаж», «смена мест работы за последние 10 лет», «частота посещения магазина», «частота посещения театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха», «общение с друзьями и знакомыми», «просмотр телевизора», «материальное положение», «динамика материального положения за время болезни», «брак», «положение больного в семье», «характеристика круга общения». Показатель «конфликты с администрацией и коллективом» выявлялся только у больных с редкими госпитализациями.

У больных с частыми и редкими госпитализациями не обнаружено значимых различий по следующим показателям: «занятость в настоящее время», «частота прогулок», «использование общественного транспорта», «посещение церкви», «использование персонального компьютера», «ведение домашнего хозяйства», «уровень обеспечения жильем одиноких больных», «уровень обеспечения жильем больных, проживающих в семье», «качество питания», «качество одежды».

Выявлены значимые различия между группами с частыми и редкими госпитализациями, частыми госпитализациями и контрольной, редкими госпитализациями и контрольной по показателям «общение с друзьями и знакомыми», «материальное положение», «характеристика круга общения».

При разработке реабилитационных программ необходимо осуществлять комплексный, дифференцированный подход, учитывающий социально-демографические характеристики больных с параноидной шизофренией с частыми и редкими госпитализациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Вопросы внебольничной психиатрической помощи. М., 1978. С. 1–19.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 2. С. 35–40.
3. Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э. Некоторые социально-демографические и клинико-динамические показатели больных шизофренией, отягощенной злоупотреблением психоактивными веществами // Наркология. 2012. Т. 11. № 2. С. 50–53.
4. Долгов С.А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1994. 22 с.
5. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Михайлов В.И. Профилактика – критерий качества организации психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2015. № 9. С. 3–10.
6. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: статистическое исследование. Рига: Зинатне. 1988. 235 с.
7. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1996. № 1–2. С. 203–212.
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. и соавт. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 2. // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 1. С. 68–69.
9. Либерман Ю.И. Материалы клинико-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристики течения заболевания): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1971. 35 с.
10. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера. 2002. 312с.
11. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 1. С. 33–37.
12. Султанов М.Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации: Клинические и социальные аспекты: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2005. 22 с.
13. Ткачев Д.Ю., Кирьянова Е.М. Этап сверхчастых госпитализаций

- заций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль клинико-психопатологических и социальных факторов) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 2. С. 19–25.
14. Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И. Больные шизофренией с частыми и длительными госпитализациями и перспективы для них альтернативных форм помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 2. С. 107–111.
 15. Шмилович А.А., Гончаренко С.Н. Клинические аспекты социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии // Психическое здоровье. 2015. №10. С. 3–10.
 16. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни диспансерного контингента психически больных // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 41–42.
 17. Barrios M., Guilera G., Selb M., Gómez-Benito J. Identification of problems in the functioning of individuals with schizophrenia from the expert perspective: an Internet-based survey // Disabil. Rehab. 2016. Vol. 7. P. 1–8.
 18. Beiser M., Bean G., Erickson D. et al. Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 857–863.
 19. Bjornestad J., Joa I., Larsen T.K., Langeveld J. et al. Everyone Needs a Friend Sometimes – Social Predictors of Long-Term Remission In First Episode Psychosis // Front Psychol. 2016. N 7. P. 1491.
 20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC London, England. American Psychiatric Association, 2013. 947 с.
 21. Harrison G., Croudace T., Mason P. et al. Predicting the long-term outcome of schizophrenia // Psychol. Med. 1996. N 26. P. 697–705.
 22. Ledoux Y., Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006. Vol. 41. N 2. P. 115–121.
 23. Lewis T., Joice P.R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions // Acta Psychiatr. Scand. 1990. Vol. 82, N 2. P. 130–135.
 24. Marwaha S., Johnson S. Schizophrenia and employment - a review // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004. Vol. 39. N 5. P. 337–349.
 25. Pinkham A.E., Harvey P.D., Penn D.L. Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia // Schizophr. Res. Cogn. 2016. N 3 P. 33–38.
 26. Szkultecka-Debek M., Miernik K., Stelmachowski J. et al. Schizophrenia causes significant burden to patients' and caregivers' lives // Psychiatr. Danub. 2016. Vol. 28. N 2. P. 104–110.
 27. Talarowska-Bogusz M., Florkowski A., Zboralski K. et al. Causes and consequences of frequent hospitalization among schizophrenic patients // Pol. Merkur. Lekarski. 2008. N 24. P. 101–105.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ЧАСТОТОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов, И.Д. Федоровский, А.Е. Добровольская

Объект исследования – больные параноидной шизофренией, чье состояние соответствовало критериям МКБ-10 (F20.0). Обследовано 116 больных (средний возраст 45,8±10,4 лет), из них женщин – 54, мужчин – 62. Пациенты всей выборки были разделены на три группы: две исследуемые и одну контрольную. Частота госпитализаций в исследуемых группах определялась за период с 2006 по 2016 год. В первую группу (частые госпитализации) вошло 38 больных, с коэффициентом частоты госпитализаций в психиатрический стационар 3 и более раз в 5 лет, во вторую (редкие госпитализации) – 38 больных, имеющих одну или не имеющих госпитализаций в психиатрический стационар в течение последних 5 лет. В третью, контрольную группу вошло 40 пациентов, с длительностью заболевания от 10 до 20 лет, частоты госпитализаций которых не определялись ни как частые, ни как редкие со средним количеством госпитализаций за весь период

заболевания 4,7±3,7. Исследование показало, что у больных параноидной шизофренией с частыми госпитализациями по сравнению с больными с редкими госпитализациями значимо ниже оказались следующие социально-демографические показатели: «достигнутый уровень образования», «трудовой стаж», «смена мест работы за последние 10 лет», «частота посещения магазина», «частота посещения театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха», «общение с друзьями и знакомыми», «просмотр телевизора», «материальное положение», «динамика материального положения за время болезни», «брак», «положение больного в семье», «характеристика круга общения». Показатель «конфликты с администрацией и коллективом» выявлялся только у больных с редкими госпитализациями.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, социальная адаптация, социальное функционирование, частота госпитализаций.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL ADJUSTMENT PARAMETERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT ADMISSION RATES

V.E. Pashkovsky, A.G. Sofronov, I.D. Fedorovsky, A.E. Dobrovolskaya

The authors have investigated patients with paranoid schizophrenia that fit respective ICD-10 criteria (F20.0). Total number of patients: 116 (average age 45,8±10,4 years), of them 54 females and 62 males. Frequency of hospitalizations was evaluated in the period 2006-2016. The patients in this sample were divided into three groups. Group 1 – patients with frequent psychiatric hospitalizations (N=38), with admission rate 3 or more times in five years. Group 2 – patients with rare psychiatric hospitalizations (N=38), with admission rate 0-1 during recent five years. Group 3 (controls) – 40 patients with duration of disease 10 to 20 years that could not be referred to Groups 1 or 2, with average hospitalization rate during their life history 4,7±3,7. Results show in Group 1 (frequent hospitalizations) significantly

lower figures in such sociodemographic parameters as 'achieved education level', 'years of employment', 'change of job in recent 10 years', 'frequency of going shopping', 'frequency of visiting theatre, museum, movies and other entertainments', 'seeing friends and acquaintances', 'watching TV', 'financial situation', 'changes in financial situation in the course of disease', 'marital status', 'position in the family', 'social net'. The parameter 'conflicts with administration and workers' was present only in patients with rare hospitalizations.

Key words: paranoid schizophrenia, social adjustment, social functioning, frequency of hospitalizations.

Пашковский Владимир Эдуардович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, e-mail: pashvladimir@yandex.ru
Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова». Минздрава России. Руководитель отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru
Федоровский Игорь Дмитриевич – аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, e-mail: fedorovskij@bk.ru
Добровольская Алла Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, e-mail: alla.dobrovolskaya@szgmu.ru