

УДК 616.895.8

СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.С. Ким, Е.С. Черапкин, И.Ю. Найманова

Пациенты, страдающие таким заболеванием, как шизофрения, вынуждены проходить частое и длительное лечение в условиях стационара. Актуальным является вопрос изучения клинико-психологической структуры феномена социальной депривации для данной группы пациентов. Рассуждая о структуре социальной депривации в качестве косвенного свидетельства наличия данного феномена в структуре основного заболевания, мы рассматриваем наличие депрессивного фона и выраженного уровня безнадежности, которые отражаются и в высказываниях пациентов, и на их социальном функционировании.

Ключевые слова: социальная депривация; резидуальная шизофрения; агрессия; безнадежность; негативная симптоматика.

РЕЗИДУАЛДЫК ШИЗОФРЕНИЯ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН СОЦИАЛДЫК ДЕПРИВАЦИЯСЫНЫН ТҮЗҮЛҮШҮ

Шизофрения оорусу менен жабыркаган бейтаптар стационардын шартында тез-тез жана узак убакыт бою дарыланууга муктаж болушат. Бул топтогу бейтаптар үчүн социалдык депривация феноменинин клиникалык-психологиялык түзүмүн изилдөө маселеси актуалдуу болуп эсептелет. Негизги оорунун түзүмүндө бул феномендин болушунун кыйыр күбөсү катары социалдык депривациянын түзүмү жөнүндө ой жүгүртүү менен, бейтаптын сүйлөгөн сөзүндө жана социалдык жашоосунда ачык көрүнүп турган үмүтсүздүктүн жана депрессиялык фондун болушун карап чыгабыз.

Түйүндүү сөздөр: социалдык депривация; резидуалдык шизофрения; агрессия; үмүтсүздүк; негативдүү симптоматика.

STRUCTURE OF SOCIAL DEPRIVATION IN PATIENTS WITH RESIDUAL SCHIZOPHRENIA

A.C. Kim, E.S. Cherapkin, I.Y. Naimanova

Patients with schizophrenia are forced to undergo frequent and long-term treatment in a hospital. A topical issue is the study of the clinical and psychological structure of the social deprivation phenomenon for this group of patients. The study describes the structure of social deprivation. As a confirmation of this phenomenon in the structure of residual schizophrenia, we consider the presence of a depressive background and a high level of hopelessness, which are had an effect both in the statements of patients and on their social functioning.

Keywords: social deprivation; residual schizophrenia; aggression; hopelessness; negative symptoms.

На клинику эндогенных психических расстройств оказывают влияние множество факторов. Одним из ведущих факторов, оказывающих значительное влияние на развитие и исход шизофрении, является социальный фактор, а именно, фактор социальной депривации [1–3]. Пациенты, страдающие таким заболеванием, как шизофрения вынуждены проходить частое стационарное лечение, средняя продолжительность нахождения пациента в стационаре составляет 105,4 дня в году, частота госпитализаций пациентов с шизофренией в стационар составляет 47,1 % [4–6]. Учитывая эти данные, можно предположить, что условия лечебной

среды сами по себе предрасполагают к социальной депривации пациентов. На этом основании актуальным является вопрос изучения клинико-психологической структуры данного феномена для данной группы пациентов.

Цель — изучить клинико-психологическую структуру социальной депривации у пациентов с резидуальной формой шизофрении.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были отобраны 60 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет с диагнозом “Шизофрения, резидуальная форма F 20.5”. Обязательным критерием включения в группу является наличие

Таблица 1 – Средние значения клинико-психологических факторов по используемым в исследовании шкалам в выделенных группах респондентов при $p < 0,05$

Клинико-психологический фактор	Средние данные в общей выборке	Средние данные у мужчин	Средние данные у женщин
Сумма баллов по шкале негативной симптоматики PANSS	$37,17 \pm 0,91$	$39,12 \pm 1,22$	$35,22 \pm 0,59$
Сумма баллов по шкале позитивной симптоматики PANSS	$10,96 \pm 0,73$	$11,32 \pm 0,58$	$10,59 \pm 0,87$
Уровень депрессии по шкале Бека	$16,95 \pm 1,98$	$17,38 \pm 2,12$	$16,52 \pm 1,83$
Уровень безнадежности по шкале Бека	$16,47 \pm 0,23$	$17,71 \pm 0,34$	$15,23 \pm 0,11$
Вербальная агрессия	$4,2 \pm 0,81$	$3,1 \pm 0,37$	$5,3 \pm 0,44$
Физическая агрессия	$5,0 \pm 0,18$	$3,8 \pm 0,11$	$6,1 \pm 0,25$
Предметная агрессия	$4,8 \pm 0,27$	$3,4 \pm 0,31$	$6,2 \pm 0,22$
Эмоциональная агрессия	$4,3 \pm 0,85$	$3,5 \pm 0,51$	$5,1 \pm 0,34$
Самоагрессия	$5,4 \pm 0,27$	$6,1 \pm 0,32$	$4,7 \pm 0,21$

по данным амбулаторной карты от 2-х и более госпитализаций в стационар за последние 12 месяцев. В исследовании использовались: полуформализованное интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник безнадежности Бека, шкала депрессии Бека, шкала агрессии Л.Г. Почебут.

Результаты и обсуждение. Данные по шкале PANSS подтверждают преобладание негативной симптоматики (таблица 1) в клинической картине и соответствие пациентов установленному диагнозу. Выраженность негативной симптоматики у мужчин достоверно выше, чем у женщин, тогда как выраженность позитивных симптомов шизофрении значимо не отличается (см. таблицу 1).

Отмечается выраженность депрессии от легкой до умеренной (см. таблицу 1), хотя субъективных жалоб на подавленность и плохое настроение пациенты не предъявляют. Достоверных гендерных различий не отмечается.

Средние показатели уровня безнадежности в когорте достигают высоких значений (см. таблицу 1), это находит отражение в том, что пациенты в целом принимают и понимают факт необходимости пребывать в стационаре и свою собственную бесполезность для родственников и окружающих. Причем у мужчин уровень безнадежности выше по сравнению с женщинами.

По субшкалам гетероагрессии (см. таблицу 1) (вербальная, физическая, предметная, эмоциональная) у женщин показатели достоверно выше и находятся на уровне высокой степени агрессивности, у мужчин отмечается достоверно более высокий уровень самоагрессии, который также находится на высоком уровне.

На выраженность негативной симптоматики, по данным корреляционного анализа (таблица 2),

оказывает влияние большое количество факторов. Способствуют прогрессированию такие факторы, как: повышение уровня депрессии, повышение уровня безнадежности и аутоагрессивные тенденции. У пациентов, имеющих гетероагрессивные тенденции, выраженность негативных симптомов меньше. Данные тенденции не имеют гендерных различий.

Рассуждая о структуре социальной депривации в качестве косвенного свидетельства наличия данного феномена в структуре основного заболевания мы рассматриваем наличие депрессивного фона и выраженного уровня безнадежности, которые отражаются и в высказываниях пациентов и на их социальном функционировании. Структура феномена социальной депривации может быть представлена в виде следующей схемы (рисунок 1).



Рисунок 1 – Структура социальной депривации

Таблица 2 – Данные корреляционного анализа (значимые результаты)

Клинико-психологические факторы	Коэффициент корреляции для общей выборки	Коэффициент корреляции для мужчин	Коэффициент корреляции для женщин
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и уровень депрессии	0,85 (p < 0,01)	0,82 (p < 0,01)	0,87 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и уровень безнадежности	0,87 (p < 0,01)	0,85 (p < 0,01)	0,88 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и вербальная агрессия	-0,91 (p < 0,01)	-0,89 (p < 0,01)	-0,92 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и физическая агрессия	-0,89 (p < 0,01)	-0,85 (p < 0,01)	-0,92 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и предметная агрессия	-0,79 (p < 0,01)	-0,78 (p < 0,01)	-0,80 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и эмоциональная агрессия	-0,85 (p < 0,01)	-0,83 (p < 0,01)	-0,87 (p < 0,01)
Сумма баллов по шкале негативных симптомов PANSS и самоагрессия	0,93 (p < 0,01)	0,95 (p < 0,01)	0,90 (p < 0,01)
Уровень депрессии и самоагрессия	0,92 (p < 0,01)	0,94 (p < 0,01)	0,91 (p < 0,01)
Уровень безнадежности и самоагрессия	0,93 (p < 0,01)	0,94 (p < 0,01)	0,92 (p < 0,01)

Выводы

1. Была выделена группа пациентов с резидуальной формой шизофрении, находящихся в условиях социальной депривации.

2. В ходе исследования клинико-психологических факторов были определены достоверные гендерные различия.

3. Выделенные связи по результатам исследования оказывают наибольшее влияние на прогрессирование негативной симптоматики.

4. Данные исследования позволили выявить факторы, которые усугубляют проявления социальной депривации и были представлены в виде схемы-структуры (см. рисунок 1).

5. В структуре социальной депривации у исследованных мужчин отмечаются следующие особенности: достоверно более высокие уровни безнадежности и самоагрессии по сравнению с субшкалами гетероагрессии, что предположительно сказывается на клинической картине заболевания в виде более выраженной негативной симптоматики.

6. В структуре социальной депривации у исследованных женщин отмечаются следующие особенности: достоверно более низкие уровни безнадежности и самоагрессии по сравнению с субшкалами гетероагрессии, что предположительно сказывается на клинической картине заболевания в виде менее выраженной негативной симптоматики.

7. Особое место занимает соотношение влияния ауто- и гетероагрессивных тенденций, самоагрессия увеличивает проявления негативных симптомов, а наличие гетероагрессивных тенденций

напротив способствует меньшей выраженности дефицитарных проявлений.

Литература

1. Kirschner M., Aleman A., Kaiser S. Secondary negative symptoms – A review of mechanisms, assessment and treatment // Schizophr Res. 2017 Aug; 186: pp. 29–38.
2. Swedish Council on Health Technology Assessment. Schizophrenia – Pharmacological Treatments, Patient Involvement and Organization of Care. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2012 Nov. SBU Yellow Report No. 213. SBU Systematic Review Summaries.
3. Ritsner M.S., Lisker A., Grinshpoon A. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders // Psychiatry Clin Neurosci. 2014. Jan 9.
4. Белоусов Ю.Б. Мультифакторный клинико-экономический анализ эффективности применения современных атипичных антипсихотиков у больных с шизофренией / Ю.Б. Белоусов, С.К. Зырянов, Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. 2011. № 1. С. 51–57.
5. Rossler W., Salize H.J., Van Os J., Riecher-Rossler A. Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза (расширенный реферат) // Психиатрия и фармакотерапия. Т. 11/№ 2/2006.
6. Пантелеева Л.Ю. Стигма в семье больного шизофренией / Л.Ю. Пантелеева // Вестник КРСУ. 2007. № 9. С. 139–141.