

На правах рукописи

Васильченко Кирилл Федорович

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ, АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ
С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
(ТИПОЛОГИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА)

Специальность 14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск - 2019

Работа была выполнена на кафедре психиатрии, медицинской психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психиатрии, медицинской
психологии Федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения «Омский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Дроздовский Юрий Викентьевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник отделения клинической
и профилактической суицидологии
Московского научно-исследовательского института психиатрии –
филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»
Минздрава России

Любов Евгений Борисович

Доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой психиатрии и наркологии
Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»

Петрова Наталья Николаевна

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится ___ июня 2019 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 002.279.05 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья, адрес сайта <http://tnimc.ru/>.

Автореферат разослан « ____ » 2019 г.

Ученый секретарь совета по
защите докторских и кандидатских
диссертаций Д 002.279.05
кандидат медицинских наук

О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Природа психических расстройств неоднородна, что вместе с учетом биопсихосоциальных влияний и факторов все больше определяет не только современное мировоззрение в психиатрии, но и становится основой широкой практики реабилитации. С учетом развития методов психиатрической помощи, использования современных психофармакологических средств, перед пациентами открылась возможность полноценного функционирования в обществе (Galderisi S. et al., 2016). Следует заметить, что хронические психические расстройства, как правило, сопровождаются ограничением способности к самообслуживанию, обучению, коммуникации и ведут к снижению возможности контролировать свое поведение, снижению уровня адаптации, в целом. Пациент вместе с врачом, предпринимая попытки ресоциализации и реадаптации по выписке из стационара, часто сталкиваются с предвзятым отношением общества в свой адрес (Rossi A. et al., 2017). Вместе с тем, и сами больные ожидают от окружающих, нередко без должных оснований, негативного отношения к себе. Описанный феномен получил название самостигматизации (Link B., 2001). Исследованиями последних лет доказано негативное влияние стигмы на показатели качества жизни пациентов (Holubova M. et al., 2016), а так же клинические проявления заболевания и приверженность назначенному лечению (Dixon L.V. et al., 2016; Dziwota E. et al., 2018). Одним из проявлений самостигматизации становятся ограждение себя от социума, сопровождающееся чувством вины, стыда (Ястребов В.С., 2009). В структуре этого феномена, всё же, ключевое место занимает переживание пациентом собственной несостоятельности по сравнению с окружающими (Ким А.С., Черапкин Е.С., Полетаев В.В., 2014). В связи с этим стоит отметить важную роль факта осознания пациентом своего заболевания (Cavelti, M. et al., 2011; Крупченко Д.А., 2012). Анозогнозия и гипозозгнозия занимают особое место не только в формировании стигмы, но так же ведут к нарушению комплайенса, вплоть до его полного отсутствия (Семке А. В., Микелев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., 2013). Примечательно, что комплайенс зависит и от такого показателя, как качество жизни

(Endriyani L. et al., 2018) — характеристики, основанной на субъективном восприятии человеком своего физического, психологического, эмоционального и социального функционирования (Hill K., Startup M., 2013).

В течение многих лет сохраняется повышенный интерес к вопросу терапии пациентов с первым психотическим эпизодом (Ohmuro N. et al., 2017; Cabassa L.J et al., 2018; Корнетова Е.Г., Семке А.В., 2009; Незнанов Н.Г. и соавт., 2018). Прогностически значимым периодом для пациентов с шизофренией являются первые пять лет заболевания, когда сохраняется максимальная пластичность патологических процессов при их наибольшей активности (Шмуклер А. Б., 2017). Чтобы сохранить удовлетворительный уровень социального функционирования таких пациентов, необходимо внедрение оптимальных терапевтических вмешательств именно на ранних этапах развития патологического процесса (Landolt K. et al., 2016; Jordan G. et al., 2018).

Степень разработанности темы исследования. В настоящее время в отечественных и зарубежных исследованиях феномена самостигматизации, определяется большое количество статей, посвященных этому вопросу в рамках изучения шизофрении (Chang W.C. et al., 2018; Положий Б.С., Руженкова В.В., 2015; Коцюбинский А.П. и соавт., 2016). Вместе с тем, крайне ограничено число работ, направленных на исследование качества жизни, выраженности самостигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом (Chen E.S., 2016; Firmin R.L. et al., 2018). Известно, что самостигматизация является многофакторным феноменом, проявления которого различны в зависимости от микросоциального окружения, клинической картины заболевания, преморбидных особенностей личности (Cavelti M. et al., 2011; Гонжал О.А., 2006; Ким А.С., 2014). Вместе с тем, описанные проявления переживаний внутренней стигмы рассматриваются преимущественно в качестве постоянной структуры, а при проведении дестигматизирующих мероприятий не учитываются ее динамические преобразования у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении. Необходимо также обратить внимание на полное отсутствие исследований, в которых рассматривается взаимодействие внутренней стигмы и типов социально-трудовой адаптации у пациентов с шизофренией, вообще, и, в частности, у больных клиники первого психотического эпизода.

Таким образом, особый интерес представляет изучение феномена самостигматизации в комплексе с показателями качества жизни и адаптационными возможностями у пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении. Результаты данного исследования помогут снизить актуальность проблем пациентов социального и личностного характера, что способствует большей эффективности терапевтического и реабилитационного процесса. Анализ состояния проблемы самостигматизации у лиц с первым психотическим эпизодом в связи с их адаптацией и качеством жизни свидетельствуют об актуальности вопроса, его приоритетности и нерешенности, заявляемых нами, задач.

Цель исследования: разработать принципы диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении на основе оценки типологии самостигматизации, адаптации и качества жизни.

Задачи исследования

В соответствии с поставленной целью были выделены следующие задачи исследования:

1. Определить степень самостигматизации и значимость влияния на нее социально-психологических факторов у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.
2. Изучить взаимодействие степени самостигматизации и типов социально-трудовой адаптации у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.
3. Изучить особенности изменений степени самостигматизации у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, под влиянием уровня качества жизни с учетом типологии социально-трудовой адаптации.
4. Дать расширенное описание клиники первого психотического эпизода при шизофрении с учетом особенностей актуальной степени самостигматизации и вариантов социально-трудовой адаптации.

5. Разработать и внедрить новые организационные формы реабилитации и дестигматизации, повышения уровня адаптации и качества жизни у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.

Научная новизна. Несомненной научной новизной проведенного исследования является изучение феномена самостигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом. Впервые рассмотрена взаимосвязь форм самостигматизации с вариантами социально-трудовой адаптации у данного контингента пациентов и были выделены динамические варианты внутренней стигмы: стигма инициального периода, конвиктальная, обдуктивная, стигма резидуального периода. Приоритетно изучены особенности взаимодействия внутренней стигмы, качества жизни и клинической картины заболевания у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении. Новым аспектом данной работы явилось использование самостигматизации в качестве опорной точки для формирования программ реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, эффективность которых также была оценена измерением количественных показателей внутренней стигмы. Разработаны новые дифференцированные алгоритмы реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом с опорой на особенности динамических вариантов внутренней стигмы.

Практическая значимость. Полученные сведения о структурно-типологических особенностях феномена самостигматизации, адаптации и качества жизни лиц с первым психотическим эпизодом при шизофрении позволяют осуществить дифференцированный подход к назначению лечебных и психосоциальных реабилитационных мероприятий пациентам с первым психотическим эпизодом при шизофрении. На основании полученных данных нами были разработаны, апробированы и внедрены в практику психиатрической службы дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении, с разными динамическими вариантами самостигматизации. Структурно-типологические особенности динамических вариантов самостигматизации пациентов с первым психотическим эпизодом служат опорной точкой для осуществления комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых

полипрофессиональной бригадой, а также для оценки их эффективности. В рамках разработанных программ реабилитации были определены оптимальные принципы использования психофармакотерапевтических средств у данного контингента, отвечающие современным запросам к качеству и безопасности психофармакотерапии. На основании полученных результатов исследования нами были разработаны практические рекомендации для врачей-психиатров, работающих в клинике первого-психотического эпизода. Применение дифференцированных лечебно-реабилитационных программ позволило снизить выраженность проявлений переживаний самостигматизации, улучшить показатели адаптации и качества жизни пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении.

Методология и методы исследования. Исследование выполнено на основе биопсихосоциального подхода, принятого в современной психиатрии. Нами, за период с 2015 по 2017 год была сформирована выборка пациентов (n=134), перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, имеющих переживания самостигматизации, которые проходили лечение в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара клиники первого психотического эпизода в БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова».

Методология работы была построена на основании общенаучных и специальных методов исследования, принятых в психиатрии. Оценка уровня самостигматизации производилась согласно разработанному «Опроснику по самостигматизации» (Михайлова И.И., 2005). Квалификация социально-трудовой адаптации проводилась с помощью методики, разработанной в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Г. В. Логвинович, А. В. Семке, 1992, 1995). Полученные в результате обследования пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, данные были формализованы и подвергнуты статистической обработке. Основными специальными методами исследования явились: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, психометрический и методы математической статистики.

Положения, выносимые на защиту:

1. Совокупность социально-психологических, микросоциально-средовых факторов, клинической картины заболевания у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, формируют степень самостигматизации и ее форм.
2. Структурно-типологические особенности самостигматизации и ее варианты оказывают существенное влияние на формирование типов социально-трудовой адаптации и качества жизни у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.
3. Реабилитационные программы, разработанные с учетом актуально наблюдаемых различных вариантов сочетания форм самостигматизации с вариантами адаптации и тем или иным уровнем качества жизни, обретают свою дифференцированность как по характеру, так и организации, и способствуют улучшению качества жизни, социально-трудовой адаптации, снижению выраженности переживаний внутренней стигмы у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Степень достоверности полученных результатов подтверждается достаточным количеством наблюдений, методологическим подходом, соответствующим целям и задачам исследования, корректной интерпретацией результатов, полученных на основании современных методов статистической обработки и анализа.

Основные положения работы доложены и обсуждены на конференциях регионального, межрегионального, всероссийского и международного уровней в России и за рубежом: Региональная научно-практическая конференция «Психическое здоровье и качество жизни» Омского общества психиатров (27.10.2015г. Омск); II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященная памяти академика В. Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.); XIII Всероссийская школа молодых психиатров «Суздаль 2017» (Суздаль, 23-28 апреля 2017 г.); Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактики аддиктивных состояний (имени Е. Н. Кривулина)» (Челябинск, 21-22 ноября 2017 г.); Межрегиональная научно-практическая конференция с

международным участием, посвященная 120-летию Омской психиатрической больницы «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению» (Омск, 24 ноября 2017 г.); ECNP Seminar of neuropsychopharmacology (Russia, Volgograd. March 23-25th 2018); Всероссийская конференция с международным участием «Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины» (Томск, 24-25 мая 2018 г.); ECNP School of Neuropsychopharmacology. Poster session. (Oxford, June 24-19th); XVIII Отчетная научная сессия НИИ психического здоровья (Томск, 2 октября 2018 г.); VI Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинико-психологической и медико-социальной поддержки населения» (Челябинск, 20 декабря 2018 г).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 печатных работ, 3 из которых – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ. Оформлено 1 свидетельство о регистрации программы для ЭВМ. Изданы методические рекомендации, посвященные вопросам диагностики, клиники, реабилитации у больных с первым психотическим эпизодом при шизофрении.

Внедрение результатов исследования в практику. Данные, полученные в диссертационном исследовании, внедрены в практическую деятельность БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников», ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»; используются в образовательном процессе на кафедре психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО ОмГМУ; на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ (г. Новосибирск); кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии НГИУВ (г. Новокузнецк).

Объем и структура диссертации. Диссертация представляет машинописный том из 232 страниц и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, раздела «Практические рекомендации», указателя литературы (264 наименования, из них 116 отечественных и 148 зарубежных), а также приложения. В работе представлены 44 таблицы, 4 рисунка и 14 диаграмм. Исследование проиллюстрировано 4 клиническими наблюдениями.

ОСНОВНОЕ СОДЕЖРАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе клиники первого психотического эпизода БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой». С целью решения поставленных задач нами была набрана группа из 134 пациентов, больных шизофренией, поступивших в отделение за период с 2015 по 2017 год, имевших переживания внутренней стигмы.

Критериями включения пациентов в исследование были следующие признаки: установленный диагноз параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства, длительность наблюдения психиатром до 5 лет включительно, не более 3 госпитализаций в анамнезе, согласие пациента на участие в исследовании, а также наличие у пациента переживаний самостигматизации.

Критериями исключения были следующие признаки: период наблюдения психиатром более 5 лет, наличие в анамнезе более 3 госпитализаций, отсутствие в клинической картине пациента переживаний внутренней стигмы, отсутствие согласия пациента на участие в исследовании, полное отсутствие критики к своему состоянию и наличие острой психотической симптоматики.

Клиническая диагностика проводилась согласно критериям систематики эндогенных психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 (F 20.016, F 20.096). Нами так же были приняты во внимание собранные наиболее современные представления о психических расстройствах в DSM-5 (APA, 2013), где отмечено, что на сегодняшний день не установлены четкие границы между расстройствами шизофренического спектра и шизоаффективным расстройством. Следует также отметить, что существует общность их патогенетических механизмов (Murru A. et al., 2016; Reininghaus U. et al., 2019). Дименсиональный подход в оценке психопатологических проявлений позволяет более гибко походить к формированию выборок (Микилев Ф.Ф. и др., 2016) и не ограничиваться одной категорией существующей классификации. Учитывая вышесказанное, для настоящего исследования в выборку были включены не только пациенты шизофренией, но и с шизоаффективным расстройством (F 25.).

Под самостигматизацией пациентов, участвовавших в нашем исследовании, мы понимали личностную реакцию больного на предвзятое отношение к нему, как к лицу с психическим расстройством, отделяющее его от «нормального» общества (Link В., 2001).

Из 134 пациентов, участвующих в исследовании, 45,5% (n=61) составили мужчины, 54,5% (n=73) женщины. Возраст больных составлял от 18 до 47 лет (медиана возраста 28 [23,75; 36] лет). Длительность психического заболевания не превышала 5 лет, в течение которых максимальное количество госпитализаций составило не более 3, что соответствовало критериям включения. По нозологическому признаку пациенты распределились следующим образом. Больные шизофренией с периодом наблюдения менее года, F20.096 (n=54, 40,3%) и те, чей диагноз представлен параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом, F20.016 (n=55, 41%). Наименьшая доля принадлежит группе пациентов с приступообразной шизофренией F25., что составило 18,7% (n=25).

Порядка половины участников исследования являются истинно первичными, т.е. их госпитализация и психотический эпизод оказались первыми на момент начала исследования. Данная группа заняла объем в 49,3% (n=66). Равным образом оказались распределены среди всех больных те, чья длительность заболевания составила 3 и 5 лет, по 13,4% (n=18) в каждой группе. На долю пациентов с длительностью заболевания в 1 год пришлось 10,4% (n=14). Несколько меньшим количеством пациентов представлена группа с длительностью заболевания 4 года. Ее объем составил 9,7% (n=13). Минимальная часть участников исследования была представлена больными с продолжительностью болезни 2 года, что составила всего 3,7% (n=5).

В зависимости от паритета госпитализации основная масса пациентов была представлена лицами с первой и второй госпитализациями - по 46,3% (n=62) и 41,8% (n=56), соответственно. Доля больных, чья госпитализация на момент осмотра являлась третьей, составила 11,9% (n=16).

Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, а также методы математической статистики. С целью объективизации и количественной оценки психического статуса

пациента, нами была использована «Шкала позитивных и негативных синдромов» PANSS (Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987). Идентификация переживаний внутренней стигмы у пациентов, а также их выраженность и проявления других форм проводилась с использованием «Опросника по самостигматизации», разработанного в отделе изучения систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН (И. И. Михайлова, 2005).

Оценка качества жизни пациентов проводилась с использованием опросника, разработанного С. Ю. Козловским и В. Л. Масловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева.

Оценка социально-трудовой адаптации пациентов, а также дифференцировка ее форм проводилась с помощью методики, разработанной в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Логвинович Г.В., Семке А.В., 1992, 1995). В дополнение к этому, оценка адаптационных возможностей больных осуществлялась путем определения типа компенсаторной-приспособительной защиты больных: «гуттаперчевая защитная капсула», «экологическая ниша», «укрытие под опекой», либо «социальная оппозиция» (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991).

Основным инструментом исследования явилась «Базисная карта пациента, перенесшего первый психотический эпизод при шизофрении (изучение самостигматизации)».

При оценке статистической значимости различий количественных признаков с распределением, отличающимся от нормального, был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни-Вилкоксона для независимых выборок, критерий Краскала-Уоллиса, а также вычислялись значения медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Для независимых выборок, с целью расчета их однородности, был использован точный тест Фишера (F). Для изучения статистических взаимоотношений количественных показателей нами было использован расчет коэффициента корреляции Спирмена. С целью оценки различий в количественных показателях двух связанных выборок был применен критерий Вилкоксона. Уровень статистической значимости p во всех расчетах принимался равным 0,05. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием пакета программ для ПК «SPSS Statistics» (версия 23.0).

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было установлено, что социальному окружению, родным и близким, пациентов, перенесших ППЭ при шизофрении, принадлежит значимая роль в формировании переживаний самостигматизации. Нами выявлено значимое преобладание компенсаторной формы внутренней стигмы над аутопсихической и социореверсивной у пациентов с ППЭ ($p < 0,05$).

Кроме того, нами были установлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) показателей самостигматизации у пациентов с ППЭ, имеющих разное семейное положение. Наличие семейного партнера у пациента с ППЭ при шизофрении, так же играло определенную роль в появлении стигмы – лица, состоящие в семейных отношениях являются менее стигматизированными, по сравнению с теми, кто не имеет пары ($p < 0,05$).

Семейное окружение также обнаружило несомненную важность в формировании и поддержании переживаний внутренней стигмы пациентов с первым психотическим эпизодом. В отличие от больных, проживающих без родных и близких, среди лиц, живущих в окружении родственников, отмечена сравнительно большая выраженность внутренней стигмы ($p < 0,05$).

Следует также отметить, что при изучении уровня типологических особенностей самостигматизации в зависимости от вариантов компенсаторно-приспособительной защиты пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении, нами было установлено, что статистически значимые различия в уровне внутренней стигмы были обнаружены лишь в одном случае, между типами «Укрытие под опекой» и «Социальной оппозицией» ($p = 0,013$).

При изучении взаимодействия социально-психологических факторов и типов социально-трудовой адаптации у пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении, нами была установлена статистически значимая взаимосвязь между семейным положением пациентов исследуемой когорты и типом их социально-трудовой адаптации ($p = 0,013$). При изучении взаимодействия родительского статуса

вариантов социально-трудовой адаптации пациентов с ППЭ мы установили отсутствие статистической значимости ($p=0,281$).

В ходе проведенного исследования мы также изучили особенности взаимодействия и взаимовлияния актуальных особенностей самостигматизации, уровня качества жизни и формой социально-трудовой адаптации у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении. По отдельным субсферам качества жизни определены их статистически значимые отличия между разными типами социально-трудовой адаптации ($p<0,05$). Говоря о взаимосвязи типов компенсаторно-приспособительной защиты и уровня качества жизни, установлено отсутствие статистически значимых различий в них.

Наиболее высокие показатели качества жизни обнаружены у пациентов, чья социально-трудовая адаптация представлена интегративным и экстравертным типами. В первом случае его значение составило 210 [198; 226] баллов, во втором - 224 [218; 261,75] балла. Среди пациентов с интравертным типом адаптации показатель качества жизни составил 173,5 [147,5; 182] балла. Незначительным образом от последнего отличался этот же показатель у лиц с деструктивным типом социально-трудовой адаптации, составивший 195 [165; 203] баллов. Нами было установлено отсутствие статистически значимых различий между интравертным и деструктивным типами адаптации ($p=0,188$). В группе пациентов с экстравертным типом мы обнаружили статистически значимое преобладание показателя качества жизни ($p=0,047$).

Профиль качества жизни в группе пациентов с интегративным типом адаптации, в целом, не отличается от такового во всей выборке. Субсферы X, XI, XII характеризовались незначительным преобладанием над остальными ($p<0,05$). Среди пациентов с деструктивным типом социально-трудовой адаптации обнаружена несколько иная картина. В данном случае целесообразно говорить о значительном снижении пациентов к переживанию не только положительных (12 [10; 13] баллов), но и отрицательных эмоций (12 [9; 16] баллов).

Профиль качества жизни в группе пациентов с интравертным типом адаптации достаточно выражено отличался от одного во всей выборке. Нами также были обнаружены достаточно низкие показатели в субсферах «Способность к работе» (8

[5,75; 10] баллов), «Личные отношения» (11 [8,75; 12] баллов), «Практическая социальная поддержка» (9 [6; 11,25] баллов) и в субсфере «Возможности для отдыха и развлечений» балл составил лишь 7 [5,75; 12,5].

В группах пациентов с экстравертным типом социально-трудовой адаптации особенным образом отличалась XI субсфера, «Переживания, связанные с общением», значение которой составило 20 [18; 25] баллов.

В группе пациентов с интегративным типом социально-трудовой адаптации отсутствовали корреляционные взаимоотношения общего балла стигмы с абсолютным большинством субшкал PANSS. Вместе с тем, определена статистически значимая сильная положительная корреляция аутопсихической формы и общего балла качества жизни ($R_o=0,829$, $p=0,042$). Также необходимо заметить, что параноидное поведение обнаружило положительную сильную корреляцию в случае с компенсаторной ($R_o=0,840$, $p=0,036$) и социореверсивной ($R_o=0,828$, $p=0,042$) формами самостигматизации.

Установлено наличие сильной отрицательной корреляционной взаимосвязи общего балла качества жизни и общего балла самостигматизации у пациентов с ППЭ, имеющих экстравертный тип социально-трудовой адаптации ($R_o=-0,812$, $p=0,05$). В данной подгруппе отсутствовали корреляционные взаимоотношений стигмы как с продуктивным, так и с негативными синдромами. Были установлены корреляционные взаимоотношения компенсаторной формы стигмы с субшкалами «анергия» ($R_o=-0,970$, $p=0,001$) и «Нарушения мышления» ($R_o=0,941$, $p=0,005$). Для социореверсивной формы ситуация сложилась обратным образом: корреляционная связь с субшкалой «анергия» имела положительный характер ($R_o=0,837$, $p=0,038$), а с «Нарушениями мышления» отрицательный ($R_o=-0,812$, $p=0,05$).

Проведенный корреляционный анализ Спирмена между самостигматизацией и качеством жизни в группе пациентов с деструктивным вариантом социально-трудовой адаптации позволил установить корреляцию между общим баллом самостигматизации и общим баллом качества жизни отсутствовала ($R_o=-0,591$, $p=0,056$). В случае с социореверсивной формой внутренней стигмы нами была установлена статистически значимая положительная корреляция с общим баллом качества жизни ($R_o=0,691$, $p=0,019$).

В группе пациентов с деструктивным типом социально-трудовой адаптации самостигматизация значительно коррелировала со многими субшкалами PANSS. Так, обнаружена отрицательная корреляция общего балла стигмы и позитивных синдромов ($R_o=-0,631$, $p=0,037$), общего балла по шкале PANSS ($R_o=-0,887$, $p<0,001$), нарушений мышления ($R_o=-0,805$, $p=0,003$), возбуждения ($R_o=-0,604$, $p=0,049$) и параноидного поведения ($R_o=-0,927$, $p<0,001$). Аутопсихическая форма внутренней стигмы так же имела корреляционные взаимоотношения с вышеуказанными субшкалами. Вместе с тем, у этого варианта стигмы была установлена статистически значимая средняя отрицательная корреляционная взаимосвязь с субшкалой «Критика» ($R_o=-0,609$, $p=0,047$). Говоря о компенсаторной и социореверсивной формах самостигматизации, необходимо отметить, что их отличительной особенностью явилось наличие связи с субшкалой «Депрессия»: обнаружена средняя положительная корреляционная взаимосвязь компенсаторной формы и депрессии ($R_o=0,735$, $p=0,01$) и средняя отрицательная корреляция социореверсивной формой и этой же субшкалой ($R_o=-0,65$, $p=0,03$).

Изученные структурно-типологические особенности самостигматизации и ее форм при разных типах социально-трудовой адаптации позволили нам обозначить динамическую классификацию внутренней стигмы в зависимости от выраженности социальных и клинических уровней адаптации, обозначив четыре новых вида: стигма инициального периода, конвиктальная, обдуктивная и стигма резидуального периода (Рис. 1).

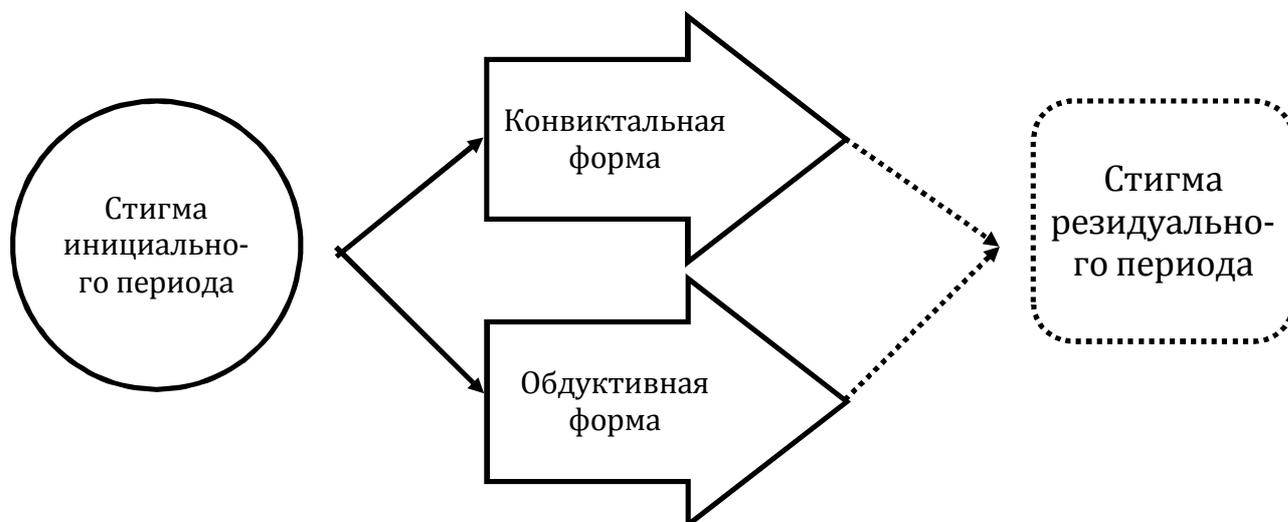


Рисунок 1. Континуум самостигматизации у пациентов с шизофренией

Говоря о реабилитационных мероприятиях в отношении изученной когорты больных, следует отметить, что бригадный комплексный подход в реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении, который включал психофармакотерапию современными антипсихотическими препаратами, методы психотерапевтического и психосоциального вмешательства, в настоящее время является общепризнанным и эффективным. Учитывая актуальные особенности самостигматизации, социально-трудовой адаптации и качества жизни изучаемого контингента, нами были разработаны дифференцированные программы реабилитации.

Главный акцент был сделан на использовании антипсихотических препаратов второго поколения, а также психообразовательной работе с родственниками пациентов. В зависимости от индивидуальных особенностей самостигматизации пациентов проводились психотерапевтические вмешательства, направленные на повышение осознания заболевания, либо принятие роли психически больного в обществе, способствующие снижению показателя стигмы. Психотерапевтический комплекс преследовал целью в создании и поддержании терапевтических установок пациентов, их родственников, улучшению показателей их адаптации.

При разработке дифференцированных реабилитационных программ нами главным образом учитывались актуальная степень самостигматизации, тип социально-трудовой адаптации и уровень качества жизни. В случае с самостигматизацией инициального периода фокус реабилитационных мероприятий был смещен на стабилизацию психического состояния. При конвиктальной форме самостигматизации, с учетом особенностей уровней адаптации, акцент был сделан на купировании сохраняющейся психопатологической продуктивной симптоматики и повышении уровня осознания пациентами своего заболевания. Особенностью дифференцированной реабилитационной программы для группы больных с обдуктивной формой самостигматизации явилась работа по восстановлению их социализации, снижению степени аутизации и тренировке коммуникативных навыков. Исходя из актуального соотношения компонентов самостигматизации и ее степени, четвертая дифференцированная программа реабилитации для больных со стигмой резидуального периода характеризовалась использованием психофармакологического комплекса, способствующего снижению выраженности негативной симптоматики, восстановлением социализации больных и тренировкой коммуникативных навыков.

Среди пациентов, участвующих в катamnестическом наблюдении, нами была оценена эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, основанная на изучении количественных показателей психического статуса пациентов, самостигматизации и уровня качества жизни. Установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) между результатами количественной оценки психического состояния по шкале PANSS до (Общие симптомы - 36 [31; 39] баллов, негативные симптомы - 30 [27; 34] баллов, позитивные симптомы - 28 [25; 31]) и после (Общие симптомы - 25 [23; 27] баллов, негативные симптомы - 23 [19,75; 23,25] балла, позитивные симптомы - 20 [19; 20] баллов). Установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) между результатами количественной оценки самостигматизации до (Общий балл - 54,5 [26,75; 96,75]) и после (Общий балл - 39 [21; 68,5]). При сравнении изменений уровня качества жизни среди изучаемой когорты пациентов до и после проведения реабилитационных мероприятий, нами также были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

1. На высокую степень самостигматизации пациентов с первым психотическим эпизодом оказывают влияние и определяют соотношение её форм: отсутствие партнера или супруга ($p=0,031$), проживание вместе с родственниками (первой и второй линии родства) ($p=0,038$).

1.1. Отсутствие партнера или супруга определяют высокую степень самостигматизации с преобладанием социореверсивной формы (26 [10; 42,25] баллов). При проживании вместе с родственниками распределение форм самостигматизации равномерно (аутопсихическая форма - 20 [10; 30,25] баллов, компенсаторная - 20 [12; 26] баллов, социореверсивная - 21,5 [10; 37,25] балл).

2. Пациенты, перенесшие первый психотический эпизод при шизофрении, с разными вариантами социально-трудовой адаптации отличаются по степени самостигматизации. Наибольшая степень самостигматизации характерна для пациентов с декомпенсированными уровнями социальной адаптации: интравертный (116,5 [102,75; 145] баллов) и деструктивный (74 [55; 162] балла). Наименьшая степень – при интегративном (49 [26; 95] баллов) и экстравертном вариантах социально-трудовой адаптации (22 [18,75; 48,5] балла).

3. Установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь степени самостигматизации и уровня качества жизни: при интегративном ($R_0=-0,0401$; $p<0,001$) и экстравертном ($R_0=0,812$; $p=0,05$) вариантах адаптации. При наиболее высоких показателях качества жизни (интегративный - 210 [198; 226] баллов; экстравертный - 224 [218; 261,75] балла) определены наименьшие значения самостигматизации.

4. Выявлены разнонаправленные взаимосвязи степени самостигматизации в зависимости от варианта социально-трудовой адаптации и клинической симптоматики у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении.

4.1. При интегративном варианте социально-трудовой адаптации степень самостигматизации положительно коррелирует со степенью депрессивной симптоматики ($R_o=0,210$; $p=0,027$) и возбуждения ($R_o=0,241$; $p=0,011$).

4.2. У пациентов с интравертным вариантом социально-трудовой адаптации степень самостигматизации положительно коррелирует со степенью возбуждения ($R_o=0,837$; $p=0,038$), параноидного поведения ($R_o=0,828$; $p=0,042$) и отрицательно с критическими способностями ($R_o=-0,883$; $p=0,02$).

4.3. При деструктивном – отрицательно коррелирует с уровнем позитивной симптоматики ($R_o=-0,631$; $p=0,037$), нарушениями мышления ($R_o=-0,805$; $p=0,003$) и возбуждением ($R_o=-0,604$; $p=0,049$).

5. В зависимости от динамики болезненного процесса выделены четыре типа самостигматизации у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении: самостигматизация инициального периода, конвиктуальная форма самостигматизации, обдуктивная форма и самостигматизация резидуального периода.

5.1. Стигма инициального периода характеризуется сравнительно низкими значениями всех составляющих ее структур (аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная формы), характерны компенсированные уровни как клинической, так и социальной адаптации, высокие значения качества жизни.

5.2. Конвиктуальная форма стигмы характеризуется низкими значениями общего балла самостигматизации; социореверсивная форма преобладает над остальными и сопряжена с позитивной симптоматикой, характерна для декомпенсированного клинического и компенсированного социального уровней социальной адаптации.

5.3. Обдуктивная форма стигмы характеризуется относительно высокими значениями общего балла самостигматизации при низких показателях качества жизни больных. Характерна для интравертного типа социальной адаптации при компенсированных клинических и декомпенсированных социальных уровнях.

5.4. Стигма резидуального периода – характерна для больных с высокопрогредиентным типом течения заболевания, сопряжена с декомпенсированными клиническим и социальным уровнями адаптации. Количественный показатель самостигматизации в данном случае стремится к

абсолютному минимуму, но в некоторых случаях имеет и высокие значения. В структуре этого варианта имело место равномерное распределение аутопсихической и социореверсивной форм, а компенсаторная форма была выражена меньше всего.

6. Разработанный и внедренный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, направленный на снижение самостигматизации у лиц, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении с учетом динамической типологии самостигматизации позволил добиться статистически значимого улучшения клинических показателей (общие симптомы – с 36 [31; 39] до 25 [23; 27] баллов, негативные симптомы – с 30 [27; 34] до 23 [19,75; 23,25] баллов, позитивные симптомы – с 28 [25; 31] до 20 [19; 20] баллов), снизить степень самостигматизации (с 54,5 [26,75; 96,75] до 39 [21; 68,5] баллов), повысить показатели адаптации и уровня качества их жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ДЛЯ ВРАЧА-ПСИХИАТРА)

1. Самостигматизация – это реакция пациента психиатрического профиля на имеющееся психическое расстройство, факт госпитализации в психиатрический стационар, либо получение лечения в психиатрической службе в амбулаторных условиях, преимущественно на фоне сохранных критических способностей.
2. Крайне актуальной является оценка степени самостигматизации у пациентов с ППЭ, с учетом типа социально-трудовой адаптации и уровня качества жизни для составления адекватных реабилитационных мероприятий.
3. Самостигматизация всегда появляется у пациентов с ППЭ. Так, рекомендуется проводить оценку степени выраженности самостигматизации с помощью «Опросника по самостигматизации» для дальнейшего определения тактики терапевтических и реабилитационных мероприятий.
4. Самостигматизация сопряжена с типами социально-трудовой адаптации. В связи с этим при количественной оценке степени самостигматизации следует учитывать типологию социально-трудовой адаптации для дальнейшего определения тактики терапевтических и реабилитационных мероприятий.

5. Стигма динамична и сопряжена актуальным психическим статусом пациента. Вследствие этого целесообразно периодически оценивать степень самостигматизации с помощью «Опросника по самостигматизации».

6. Преобладание аутопсихической формы внутренней стигмы, может свидетельствовать об имеющихся депрессивных тенденциях у пациентов с ППЭ. В таком случае, если при необходимости, следует произвести коррекцию лечения в соответствии с актуальным психическим статусом больного и, для работы с переживаниями самостигматизации, начать психотерапевтические мероприятия.

7. Выявленное преобладание социореверсивной формы может свидетельствовать о сохраняющейся актуальности психопатологической продуктивной симптоматики, что должно направить размышления врача в сторону коррекции терапевтических вмешательств.

8. Выявленное преобладание компенсаторной формы самостигматизации при сравнительно высокой степени выраженности социореверсивной формы так же служит индикатором недостаточной редукции психопатологической продуктивной симптоматики и сниженных критических способностей пациента, что должно направить клинические рассуждения врача в сторону коррекции терапевтических вмешательств.

9. Самостигматизация в большей степени сопряжена с социальной адаптацией, чем с клиническими проявлениями заболевания. В связи с этим, с целью снижения степени самостигматизации, рекомендовано уделить большее внимание восстановлению социальных функций пациента по достижении состояния ремиссии.

10. С целью вторичной и третичной профилактики роста переживаний самостигматизации у пациента с ППЭ, врачу следует избегать во время бесед с ним использования квалифицирующей состояние больного терминологии.

11. С целью вторичной и третичной профилактики роста переживаний самостигматизации у пациента с ППЭ рекомендовано в беседах использовать терминологию, объясняющую возможные патогенетические механизмы развития заболевания: нарушение нейромедиаторного обмена, высокая концентрация дофамина в синапсах, рост концентрации BDNF и т.п.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Васильченко, К. Ф. Феномен стигматизации среди пациентов психиатрических служб / К. Ф. Васильченко // Материалы региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии». – Омск. – 2015. – С. 59.
2. Васильченко, К. Ф. Изучение феномена самостигматизации, качества жизни и адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.) и II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В. Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.) / под ред. члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана. – Томск : Иван Федоров, 2016. – Вып. 18. – С. 221.
3. Васильченко, К. Ф. Исследование самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 55-летию Республиканской психиатрической больницы. / Под редакцией А.В. Голенкова. – Чебоксары. – 2017. - С. 39-43.
4. Васильченко, К. Ф. Первый психотический эпизод: самостигматизация, социальное функционирование, адаптация, качество жизни / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Непрерывное медицинское образование и наука. -2017. -№ 3 (12). -С. 17-19.
5. Васильченко, К. Ф. Социальное функционирование, адаптация и качество жизни в аспекте изучения самостигматизации при первом психотическом эпизоде / К. Ф.

Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 120-летию Омской психиатрической больницы «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению». – Омск. – 2017. – С. 56-62.

6. Васильченко, К. Ф. Первый психотический эпизод при шизофрении: частота госпитализаций и динамика внутренней стигмы / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Омский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 22-25.
7. **Васильченко, К.Ф. Самостигматизация и уровни социальной адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – №1. – С. 30–35. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-30-35](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-30-35)**
8. Васильченко, К. Ф. Качество жизни и самостигматизация пациентов с первым психотическим эпизодом при параноидной шизофрении / К. Ф. Васильченко, Ю.В. Дроздовский // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 11-16.
9. **Дроздовский Ю.В., Васильченко К.Ф., Гавричкин А.В. // Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2018614169 от 02.04.2018**
10. Васильченко, К. Ф. Первый психотический эпизод: самостигматизация, адаптация и качество жизни при параноидной шизофрении // Депрессия - вызов XXI века. Материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. – М., 2018. — 290 с.
11. **Васильченко, К. Ф. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – №3. – С. 10–15. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-10-15](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-10-15)**

12. Васильченко, К. Ф. Самостигматизация: диагностика и профилактика / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Медицинская сестра. – 2019. – №1. – С. 44–47.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-11>
13. **Васильченко, К. Ф. Динамические варианты самостигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом / К. Ф. Васильченко, Ю. В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. – №1. – С. 37–44.
[https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-1\(102\)-37-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-1(102)-37-44)**