

Порушення соціального функціонування у пацієнтів з розладами спектру шизофренії та різним контентом маячних ідей впливу

Галина Пилягіна

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Ольга Загарійчук

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Актуальність. Значні порушення соціального функціонування (СФ) пацієнтів при розладах спектру шизофренії (РСШ) визначається багатьма факторами. Одним з таких предикторів виступає вплив на стан хворих маячних ідей впливу, котрі є дуже поширеним клінічним проявом РСШ.

Мета. Дослідити характер та виразність порушень СФ у пацієнтів з РСШ та МІВ з різним фабульним змістом.

Матеріали і методи. Досліджено 166 пацієнтів з різними видами РСШ у віці 18 – 55 років, яких було розподілено на дві групи по 83 пацієнта. Перша група: 31 чоловік (37,3%) та 52 жінки (62,7%), котрі виявили містико-фантастичний контент МІВ; друга – 48 чоловіків (57,8%) і 35 жінок (42,2%) з побутовим змістом МІВ. Всім учасникам було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження рівня порушень СФ за допомогою шкал глобального функціонування (GAF) та оцінки соціального функціонування (PSP).

Результати. Було встановлено, що фабульний зміст МІВ відіграє значну роль у характері та ступені порушень СФ. Виявлено статистично значущі відмінності між групами пацієнтів залежно від змісту маячних ідей у співвідношенні з віком, дебютом та тривалістю розладу, а також особливостей порушень СФ.

Висновок. Врахування особливостей фабульного змісту МІВ у пацієнтів з РСШ та їх впливу на характер й виразність порушень СФ є важливим компонентом задля вдосконалення реабілітаційних програм та індивідуалізації підходів у лікуванні даного контингенту хворих.

Ключові слова: діагностика психічних розладів, оцінка психічного здоров'я, психодіагностичне дослідження; розлади спектру шизофренії, маячні ідеї впливу з містико-фантастичним та побутовим контентом; оцінка порушень соціального функціонування.

Актуальність

Проблема оцінки виразності розладів спектру шизофренії (РСШ) [1] є сталим важливим фокусом наукових досліджень у психіатрії, у зв'язку з важкістю та хронічним перебігом цих захворювань, що є значним соціально-економічним тягарем для самих хворих, їх родин та

суспільства в цілому.

Згідно міжнародних класифікацій хвороб 10 та 11 переглядів [2,3] РСШ включають шизофренію, хронічний маячний розлад (маревний розлад) та інші психотичні порушення [4,5]. Всі психотичні розлади характеризуються аномаліями проявів психічної діяльності у одному чи більше з 5-ти доменів, серед яких домінують розлади мислення, а саме, маячні ідеї [6-10]. Окрім цього, загальноновизнаною особливістю РСШ є порушення соціального функціонування (СФ) - як клінічні прояви негативної симптоматики зі зростанням когнітивно-емоційного дефіциту та соціальної дезадаптації.

В сучасній психіатрії визначення рівню СФ у пацієнтів з РСШ, разом з клінічними даними, активно використовуються як критерій діагностики важкості перебігу захворювання [11-19]. Тому сучасні наукові дослідження, які вивчають особливості СФ хворих з РСШ, набувають все більшого значення [7,19]. Вони спрямовані на пошук предикторів порушень СФ у хворих з РСШ, що дозволяє обґрунтовано підходити до розробки програм їх комплексної терапії з включенням необхідних заходів психосоціальної реабілітації, які спрямовані на реадaptaцію і ресоціалізацію та збереження якості життя таких пацієнтів [12,16].

До основних предикторів порушень СФ у хворих з РСШ відносяться важкість та особливості змісту продуктивних симптомів, а саме маячних ідей. Незважаючи на вже вікову історію знань щодо наявності та клінічної значущості маячних ідей при РСШ, зокрема вивчення маячних ідей психічного та/або фізичного впливу (МІВ) з різним змістом маревної фабули, увага до цієї теми є виправданою та актуальною в зв'язку з необхідністю пошуку факторів, що впливають на значне погіршення рівня СФ у цих хворих [10,17].

В сучасних дослідженнях автори відмежовують наміри та дії у хворих з МІВ при РСШ, фокусуючись на питанні, чи відчують хворі контроль над своїми діями, і доводячи, що пацієнти не сприймають власного наміру або сприймають відповідний намір занадто пізно, наприклад, після дії. Саме це можна вважати одним з факторів, який впливає на характер порушень СФ у хворих з РСШ. Тим не менш значний науковий інтерес мають питання: чи впливає зміст МІВ на характер порушень СФ у хворих з РСШ? Та який це вплив? Відповіді на них дають змогу проводити ефективну диференційну діагностику щодо прогнозування рівня порушень СФ у пацієнтів. Ці тези визначили

Мета

Дослідити характер та виразність порушень СФ у пацієнтів з при РСШ та МІВ з різним фабульним змістом.

Матеріали та методи

Нами, на базі Комунального неприбуткового підприємства «Клінічна лікарня «Психіатрія» в м. Києві (період дослідження 2017 - 2021 роки), було здійснено рандомізоване клінічне обстеження 166 хворих (по мірі поступлення на стаціонарне лікування) у віці від 18 до 55 років (середній вік обстежених становив $36,2 \pm 2,4$ років для першої групи та $33,1 \pm 2,5$ років) з різними видами РСШ (рубрики F 20 - F 29, згідно діагностичних критеріїв МКХ-10) [2]. В дослідження, яке проводилося за умов дотримання принципів біоетики та деонтології, були включені пацієнти з клінічно верифікованими діагнозами шизофренія, параноїдна форма (F 20.0), хронічний маячний розлад (F 22.0), гострий поліморфний психотичний епізод з симптомами шизофренії (F 23.1), шизоафективний розлад, депресивний тип (25.1). Критеріями включення пацієнтів в дослідження також були: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні, наявність МІВ, відсутність вираженої дефіцитарної симптоматики та/або інтелектуально-мнестичного зниження внаслідок органічного ураження ЦНС.

У дослідження пацієнти включалися рандомно – по мірі поступлення у стаціонар. За змістом фабули МІВ хворих було розподілено на дві групи. В першу ввійшли 83 (100%) досліджуваних з містико-фантастичним контентом МІВ (МІВ МФК): 31 чоловік (37,3%) та 52 жінки (62,7%). Другу групу склали 83 (100%) пацієнтів з побутовим контентом МІВ (МІВ ПК): 48 чоловіків (57,8%) та 35 жінок (42,2%). Було зафіксовано, що в групі МФК більше жінок, а в групі ПК – чоловіків. Середній вік у групах становив $36,2 \pm 2,4$ роки в пацієнтів з МІВ МФК; $33,1 \pm 2,5$ – в групі МІВ ПК.

МІВ МФК, які фіксувалися у пацієнтів, включали містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності переживань. А саме, в пацієнтів даної групи виявлені специфічні маячні вірування у диявола, потойбічні сили, прибульців (невпізнаних повітряних об'єктів), магію, чари, бога, духів померлих родичів. Тоді як МІВ ПК характеризувались відчуттям зовнішнього контролю з боку реальних людей з найближчого оточення хворих. Так пацієнти вважали, що батьки, родичі, подружжя, партнери, колеги або друзі отруюють їх (підливають\підсипають у їжу отруту); сусіди «телепатично» через телевизор/стіну вказують план дій; оточуючі взаємодіють зі спецслужбами задля слідкування та впливу на хворих тощо.

Задля визначення клінічних характеристик психічного стану пацієнтів всім обстеженим було проведено напівструктуроване клінічне інтерв'ю, яке дало змогу проаналізувати демографічні, соціальні, анамнестичні дані та клінічні показники кожного з хворих. У дослідженні використовувався клініко-психопатологічний метод із застосуванням загальноприйнятих діагностичних критеріїв МКХ-10 для визначення діагнозу захворювання та особливостей клінічної картини захворювання.

Психодіагностичне дослідження включало шкалу глобального функціонування (Global Assessment of Functions, GAF) [20] та шкалу оцінки соціального функціонування (Personal and Social Performance, PSP) [21,22].

Для статистичної обробки даних використовували програми Microsoft Excel 2016 та Statistica 12.0 for Windows (Copyright® StataSoft Inc., США). Застосовували наступні статистичні методи: описову статистику; порівняльний аналіз за допомогою критерію χ^2 (Хі-квадрат). В залежності від характеру розподілу показників (параметричні чи непараметричні) застосовували χ^2 Пірсона, χ^2 із поправкою Йетса або критерій Фішера з рівнем статистичної значущості $p < 0,05$ для всіх статистичних розрахунків.

Результати та їх обговорення

В результаті клініко-феноменологічного та статистичного аналізу клінічних характеристик пацієнтів з МІВ з різним фабульним змістом при РІС були визначені клінічні особливості психічного стану, які корелювали в них із порушеннями СФ.

В обох групах (див. табл.1) серед нозологічних рубрик найчастіше зустрічалася параноїдна шизофренія (F 20.0), що є зрозумілим, тому що МІВ як МФК, так і ПК – це один з основних проявів продуктивної симптоматики при цьому захворюванні. Цей діагноз було зафіксовано більше або майже у половині хворих у кожній з груп ($p=0,213$). Серед пацієнтів в групі з МІВ МФК хронічний маячний розлад та шизоафективний розлад діагностувався рідше за шизофренію. Так, хронічний маячний розлад (F22.0) достовірно частіше діагностувався у групі пацієнтів МІВ ПК (31,3%) порівняно з групою МІВ МФК (18,1%, $p=0,048$). Шизоафективний розлад, депресивний тип (F25.1) частіше зустрічався у групі МІВ МФК (18,1%) порівняно з групою МІВ ПК (7,2%), при цьому виявлена різниця наближалася до статистичної значущості ($p=0,051$ за критерієм Фішера). Гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії (F23.1) частіше спостерігався у групі МІВ ПК (12,1%) порівняно з групою МІВ МФК (4,8%), проте без статистично значущих відмінностей ($p=0,161$).

Нозологічні рубрики	Групи хворих	p value
---------------------	--------------	---------

(МКХ-10)	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	
Шизофренія (F 20.0)	49 (59,0)	41 (49,4)	0,213
Хронічний маячний розлад (F 22.0)	15 (18,1)	26 (31,3)*	0,048
Шизоафективний розлад, депресивний тип (F 25.1)	15 (18,1)	6 (7,2)	0,051
Гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F 23.1)	4 (4,8)	10 (12,1)	0,161

Table 1. Розподіл обстежених хворих в групах за нозологічною приналежністю * p<0,05

Таким чином, в порівнянні між обома групами при майже рівній представленості МІВ МФК та МІВ ПК у пацієнтів, котрі страждають на шизофренію, в групі з МІВ ПК достовірно частіше (в 1,7 рази) зустрічався хронічний маячний розлад та гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії - в 2,5 рази. Тоді як серед пацієнтів з МІВ МФК значно частіше (в 2,5 рази) діагностувався депресивний тип шизоафективного розладу.

В усіх обстежуваних було виявлено три основні психопатологічні синдроми: галюцинаторно-параноїдний, афективно-параноїдний та параноїдний (див. табл.2) з суттєвими відмінностями між синдромологічною картиною у пацієнтів в групах. Так, галюцинаторно-параноїдний синдром достовірно переважав в групі з МІВ МФК, а параноїдний - серед пацієнтів з МІВ ПК (p<0,001 по обох показниках). У групі пацієнтів МІВ МФК достовірно переважав галюцинаторно-параноїдний синдром у порівнянні з випадками, коли фіксувався афективно-параноїдний (в 3,29 рази, p < 0,001) чи параноїдний синдром (в 5,63 рази, p < 0,001). Тоді як у пацієнтів МІВ ПК суттєво частіше виявлявся параноїдний синдром, ніж афективно-параноїдний синдром (у 5,65 разів, p < 0,001). Цікавою знахідкою дослідження було те, що в цій групі галюцинаторно-параноїдний синдром був зафіксований лише у трьох пацієнтів, тобто в 22,8 разів рідше у порівнянні з кількістю випадків параноїдного синдрому (p < 0,001).

Синдроми	Групи хворих		p value
	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	
Параноїдний	10 (12,0)	68 (81,9)**	p = 0,001
Галюцинаторно-параноїдний	56 (67,5)**	3 (3,6)	p = 0,001
Афективно-параноїдний	17 (20,5)	12 (14,5)	0,307

Table 2. Розподіл обстежених хворих в групах, згідно виявленому синдрому. ** p<0,001

В ході дослідження вивчався взаємозв'язок між віком та дебютом хвороби в групах обстежених (див. табл. 3).

Вік початку захворювання	Групи хворих		p value
	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	
<20	16 (19,2)	23 (27,7)*	0,02
20-29	40 (48,1)	33 (39,8)	0,09
30-39	15 (18,1)	20 (24,1)	0,843
40-49	9 (11,0)	5 (6,0)	0,065
50-60	3 (3,6)	2 (2,4)	0,395

Table 3. Розподіл пацієнтів в групах, згідно дебюту хвороби і в залежності від віку обстежуваних * p<0,05

Отримані результати засвідчили, що в групі МІВ ПК достовірно частіше, майже у третини пацієнтів (27,7 %), захворювання розпочиналося раніше, ніж серед пацієнтів з МІВ МФК, а саме в віці ще до 20 років (p=0,02), що співставляється з типовим дебютом шизофренії в

юнацькому віці серед юнаків. Не дивлячись на те, що за всіма іншими віковими групами не було отримано статично значущих результатів, тим не менш, в групі МІВ ПК було виявлено тенденцію до переважання початку хвороби у віковій групі 30 – 39 років, що характерно для дебютування інших видів РСШ – шизоафективного та хронічного маячного розладу. Серед хворих з МІВ МФК майже у половини пацієнтів початок хворобливого процесу достовірно частіше відбувався у віці 20 – 29 років. Цікавою знахідкою було те, що в групі з МІВ МФК у 14,6 % хворих і у 8,4% пацієнтів в групі з МІВ ПК дебют захворювання припав на старші вікові групи – понад 40 років.

У ході дослідження (див. в табл. 4) було зафіксовано статистично значущі відмінності щодо тривалості захворювання в групах (з розподілом на 4 підгрупи: до 1 року, від 2 до 5 років, від 6 до 10 років, а також більше 10 років, але до 20 років).

Тривалість захворювання	Групи хворих		p value
	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	
До року -1 рік	12 (14,5)	12 (14,5)	0,999
2-5 років	30 (36,1)	43 (51,7)*	0,043
6-10 років	16 (19,3)	14 (16,9)	0,687
Більше 10 років	25 (30,1)*	14 (16,9)	0,045

Table 4. Розподіл пацієнтів з РСШ в групах, згідно тривалості захворювання * p<0,05

В обох групах період, що відповідає першому психотичному епізоду (тривалість хвороби до року) була ідентичною.

Найбільша частота випадків за критерієм тривалості хвороби в обох групах стосувалася терміну від двох до п'яти років із достовірним переважанням у другій групі в групі з МІВ МФК (p=0,043).

В цілому кількість пацієнтів з тривалим періодом хвороби (понад 5 років) співвідносилася з формуванням МІВ МФК, тоді як в групі з МІВ ПК цей показник був незначно меншим (p=0,687). Цікавою знахідкою дослідження було те, що майже у третини пацієнтів з групи МІВ МФК (30,1 % випадків) тривалість захворювання була > 10 років, що мала статистичну значущість (p=0,045). Це може свідчити, що пацієнти, котрі виявляють МІВ МФК хворіють триваліше, на відміну пацієнтів з МІВ ПК. Віронідно, це обумовлено трансформацією МІВ з побутового контенту до містико-фантастичного (відірваного від наявної дійсності) у ході розвитку хворобливого процесу з наближення до парафренного синдрому як клінічної феноменології, яка відповідає одному з результативних станів РСШ.

Аналіз контенту МІВ серед обстежених хворих, який проводився, згідно їх висловлювань, засвідчив про їх чіткий розподіл за побутовим та міфічним змістом фабули маячення (див. табл. 5). А саме якщо у хворих з МІВ МФК у змісті хворобливих ідей безперечно переважало містико-магічне мислення з домінуванням фантастичності думок та переживань, то для пацієнтів в групі з МІВ ПК характерною була наявність хворобливих ідей відчуття зовнішнього контролю від оточуючих реальних людей.

Зміст МІВ	Групи хворих	
	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)
Вплив диявола, темних сил	36 (43,4)	-
Вплив Бога	17 (20,5)	-
Наявність порчі, вплив магії, чар	15 (18,1)	-
Вплив інопланетян, невпізнаних повітряних об'єктів	10 (12,0)	-
Вплив померлих родичів, духів	5 (6,0)	-
Вплив родичів чи найближчого	-	57 (68,7)

оточення (батьки та/або партнер, сіблінги, з якими проживають чи тісно контактують), які «підсипають та \ або підливають отруту»; керують думками, почуттями, діями (вчинками)		
Сусіди телепатично через телевізор\комп'ютер, стіни впливають на прийняття рішень; взаємодіють зі спецслужбами задля слідкування та впливу	-	20 (24,1)
Вплив друзів та або колег, котрі керують думками\почуттями\ діями	-	6 (7,2)

Table 5. Розподіл обстежених хворих по групах, згідно специфічності змісту маячення

Завдяки феноменологічному підходу при дослідженні МІВ у пацієнтів з РСШ, було виокремлено специфічні відмінності як фокус для формування різних тактик психокорекційного втручання та психоосвітніх програм. А саме: фантастичний та містико-архаїчний контент переживань був лише у пацієнтів групи з МІВ МФК. Найбільша кількість хворих в цій групі висловлювалася про релігійний зміст хворобливих ідей (вплив Богу, дияволу, темних сил) – загалом 63,9 % випадків; містико-архаїчний зміст маячіння (порча, вплив магії, чар, померлих родичів, духів) – майже у кожного четвертого хворого (24,1 % випадків); а фантастичнїй контент (вплив інопланетян\невпізнаних повітряних об'єктів) – лише в 12,0 % випадків. Що свідчить про достовірне переважаання релігійного контенту серед хворих з МІВ МФК при РСШ.

Тоді як у пацієнтів з МІВ ПК найбільший відсоток маячної симптоматики (68,7 % випадків) припадав саме на «відчуття» упередженого ставлення до них з боку членів родини, а також контролю ззовні. І лише третина випадків (31,3 %) стосувалася «впливу» людей поза межами родини, з яких більша частина (24,1 %) стосувалася впливу сусідів через побутові пристрої та комунікації.

Одним з основних завдань нашого дослідження було вивчення рівня СФ хворих з МІВ при РСШ, як загального, так і соціального. В табл. 6 наведено дані щодо відмінностей у рівні загального функціонування пацієнтів в групах, згідно шкали GAF (табл. 6).

Шкала GAF (інтервальні бали)	Групи хворих		p value
	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ МФК, n=83 (%)	
21-30 балів: нездатність функціонувати в більшості сфер	6 (7,23)	-	0,029
31-40 балів: виражені погіршення в різних сферах	12 (14,46)	13 (15,66)	0.829
41-50 балів: серйозне погіршення функціонування у соціальній та професійній сферах	24 (28,92)	34 (40,96)	0.104
51-60 балів: помірні труднощі в соціальній та професійній сферах	28 (33,73)	24 (28,92)	0.504
61-70 балів: деякі слабко виражені симптоми, функціонування достатньо хороше	13 (15,66)	12 (14,46)	0.829

Table 6. Розподіл пацієнтів в групах, згідно оцінки шкали GAF

Оцінюючи бали шкали GAF за бальними інтервалами (1-100 балів, де проміжок 1-10 балів є

показником функціонування пацієнтів, які потребують постійного нагляду та постійної сторонньої допомоги, а проміжок 91-100 балів свідчить про відсутність симптомів, коли пацієнти мають добре функціонування в широкому діапазоні сфер) у обох групах не виявлено достовірну відмінність по всіх критеріях оцінювання. Вважаємо, що пацієнти з проміжками від 1 до 20 балів за шкалою GAF не зустрічались в нашому дослідженні, тому що такий тяжкий рівень дезадаптації більш притаманний гострій фазі психотичного епізоду, коли хворі перебували у палатах інтенсивної терапії з цілодобовим доглядом та наглядом без можливості проводити тести із-за тяжкості стану і перебігу їх хвороби. А пацієнти з інтервалом балів від 71 до 100 за GAF, вірогідно, вже не знаходились у відділенні, тому що переходили на амбулаторне лікування по місцю проживання\прописки у зв'язку з покращенням психічного стану.

Нездатність функціонувати в більшості сфер (проміжок балів 21-30) було виявлено лише у пацієнтів з групи МІВ МФК (6 осіб), що вказувало на важкий перебіг хвороби. Виражені погіршення в різних сферах глобального функціонування (інтервал балів 31-40 балів) були характерні приблизно для кожного восьмого хворого в обох групах. Серйозні погіршення функціонування у соціальній та професійній сферах (проміжок 41-50 балів) фіксувалися у 1,42 рази частіше у пацієнтів з МІВ ПК, ніж в групі з МІВ МФК. Помірні труднощі в соціальній та професійній сферах (проміжок 51-60 балів), а також слабо виражені симптоми хвороби із достатньо хорошим рівнем функціонуванням (інтервал балів 61-70) незначно частіше зустрічались у пацієнтів з МІВ МФК, ніж серед хворих з МІВ ПК. Останній показник був характерні приблизно для кожного восьмого хворого обох груп: 15,66% та 14,46% для пацієнтів з МІВ МФК і МІВ ПК відповідно.

Оцінюючи пацієнтів за допомогою шкали GAF було виявлено, що у групі з МІВ ПК (56,62%) частіше фіксувалися значне погіршення загального функціонування – значення в інтервалі до 50 балів (50,61% випадків серед хворих з МІВ МФК). Тоді як відсоток пацієнтів з рівнем функціонування понад 50 балів був незначущо, але вищим в групі з МІВ МФК (49,39% і 43,38% для пацієнтів з МІВ ПК відповідно).

В табл. 7 представлено результати вивчення рівня порушень СФ серед пацієнтів з МІВ при РСШ за шкалою PSP (інтервальні бали: 1-100).

У табл. 7 не представлений розподіл пацієнтів за інтервальними відрізками шкали PSP 1-20 та 81-100 балів, тому що пацієнти з максимальними або мінімальними порушеннями СФ не зустрічались в нашому дослідженні. Як і у відповідності з результатами шкали GAF, хворі з вкрай важкими проблемами в СФ, вірогідно, знаходились у гострій фазі психотичного епізоду без можливості проводити тести із-за тяжкості їх стану; а пацієнти з достатнім рівнем СФ (інтервал 81-100 балів) зазвичай перебувають на амбулаторному лікуванні.

Бали за PSP	МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	p value
21-30 балів	1 (1,20)	-	0.999
31-40 балів	16 (19,28)*	5 (6,03)	0.02
41-50 балів	21 (25,3)	32 (38,55)	0.068
51-60 балів	26 (31,33)	30 (36,14)	0.512
61-70 балів	18 (21,69)	16 (19,28)	0.701
71-80 балів	1 (1,20)	-	0.999

Table 7. Розподіл хворих в групах, згідно оцінки порушень СФ за шкалою PSP * p<0,05

Нами було зафіксовано, що тільки один пацієнт у групі з МІВ МФК мав значні порушення СФ, що відповідали інтервалу балів 21-30, що відповідає за сильно виражені труднощі у двох областях з доменів а) – с) чи сильно виражені проблеми в області d) (області/домени детально описані у таблиці 8). В групі МІВ ПК таких пацієнтів не було.

Значні порушення СФ або сильно виражені труднощі соціальної адаптації в цілому достовірно переважали в групі МІВ МФК (20,48% vs 6,03% в групі МІВ ПК, $p=0.01$). Так, кожний п'ятий пацієнт в групі МІВ МФК (19,28%) мав сильно виражені труднощі СФ в одній з областей а) – с) або значні проблеми в домені d), відповідно інтервалу 31-40 балів, що достовірно частіше (у 3,2 рази), ніж в групі МІВ ПК ($p=0.02$).

Аналіз рівня порушень СФ щодо інших інтервальних значень (41-80 балів) не виявив статистичної різниці, але визначив певні тенденції в розподілі пацієнтів в групах.

Значні проблеми у двох чи більше областях доменів а) – с) або сильно виражені проблеми в одній з доменів а) – с) із помітними проблемами в області d), відповідно інтервалу 41-50 балів, у 1,5 рази частіше зустрічався серед пацієнтів групи МІВ ПК – більше третини випадків (38,55%). Тоді як такий рівень проблем у СФ в групі МІВ МФК мала лише чверть пацієнтів.

Рівень порушень СФ в інтервалах понад 50 балів був майже рівним в обстежених групах хворих з РСШ. Не зважаючи на те, що важкі порушення СФ були достовірно більш характерними для пацієнтів з МІВ МФК, тим не менш, в цілому значний рівень порушень СФ (інтервали 21-60 балів) був незначно, але вищим серед пацієнтів з МІВ ПК (80,72% vs 77,11% в групі МІВ МФК). Відповідно достатній рівень СФ (інтервали 61-80 балів) був трохи вищим в останній групі (22,89% vs 19,28% в групі МІВ ПК).

З урахуванням проблем за конкретними сферами СФ (див. табл.8) можна зробити висновок, що порушення у соціальній адаптації у хворих на РСШ більш розповсюджені при наявності в них МІВ ПК, однак найбільш виражені порушення СФ притаманні пацієнтам з МІВ МФК.

Аналізуючи шкалу PSP за доменами та рівнем порушень в обох групах ми отримали наступні результати (див. табл. 8).

Треба зазначити, що за аніяким з доменів не було виявлено жодного випадку рівня дуже сильних порушень за школою PSP, тому він не представлений у даних табл. 8.

У сукупності значний та помітний рівень порушень за доменом шкали PSP «суспільно корисна діяльність» був дещо вищим в групі МІВ МФК (65% випадків vs 59,09% в групі МІВ ПК). І лише у 3-х осіб з групи МІВ ПК не було виявлено таких порушень.

Показовим виявився розподіл серед обстежених пацієнтів в групах за доменом PSP «особистісні та соціальні відносини». Так, подібних порушень не мав лише один пацієнт з МІВ МФК. В цілому порушення зі значним і сильним рівнем був у 1,5 рази вираженішим в групі хворих з МІВ ПК, ніж серед пацієнтів з МІВ МФК: 60,24 та 40,96% відповідно. Тоді як слабкий рівень порушень персональних та міжособистісних взаємин був зафіксований майже у половини хворих з групи МІВ МФК (45,78%), що більше у 1,2 рази в порівнянні з МІВ ПК, однак без статистично значущої різниці. Всі ці дані засвідчили, що саме пацієнтам з МІВ ПК притаманні порушення особистісних та соціальних відносин.

Домен шкали PSP	Рівень порушень та проявів	Групи хворих		p value
		МІВ МФК, n=83 (%)	МІВ ПК, n=83 (%)	
а) Суспільно корисна діяльність	відсутні	-	3 (3,61)	0.246
	слабкий	23 (27,71)	27 (32,53)	0.499
	помітний	6 (7,23)	4 (4,82)	0.746
	значний	43 (51,81)	42 (50,6)	0.877
	сильний	11 (13,25)	7 (8,43)	0.319
б) Особистісні та соціальні відносини	відсутні	1 (1,20)	-	0.999
	слабкий	38 (45,78)	32 (38,55)	0.346
	помітний	10* (12,05)	1 (1,20)	0.009
	значний	27 (32,53)	41*(49,40)	0.028

	сильний	7 (8,43)	9 (10,84)	0.599
с) Само-обслуговування	відсутні	16 (19,28)	10 (12,05)	0.201
	слабкий	37 (44,58)	38 (45,78)	0.877
	помітний	20 (24,10)	22 (26,51)	0.722
	значний	10 (12,05)	13 (15,66)	0.501
d) Насторога (тривожна) та агресивна поведінка	відсутня	42*(50,60)	21 (25,30)	0.002
	слабкий	16 (19,28)	22 (26,51)	0.229
	помітний	23 (27,71)	36*(43,37)	0.025
	значний	2 (2,41)	4 (4,82)	0.388

Table 8. Розподіл пацієнтів в групах, згідно оцінки порушень СФ за доменами шкали PSP

Дані, виявлені в групах обстежених хворих щодо самообслуговування (відповідний домен шкали PSP), зафіксували практично співставні результати щодо вираженості порушень в цій сфері в обох групах і незначне переважання їх відсутності у пацієнтів з МІВ ПК.

Лише результати в домені «насторога та агресивна поведінка» шкали PSP виявили статистично достовірну різницю в групах хворих з переважанням у хворих з МІВ ПК. Так, більш, ніж у половини пацієнтів групи МІВ МФК цей показник був відсутнім (50,60%), тоді як таких випадків було в 2 рази менше в групі МІВ ПК ($p=0.002$). А помірний рівень проявів настороги чи/та агресивної поведінки був у 1,6 рази значно більшим в групі МІВ ПК, що більше ніж у групі пацієнтів з МІВ МФК ($p=0.025$). Також в цілому порушення зі значним і сильним рівнем у 1,6 рази частіше зустрічалися в групі МІВ ПК, ніж серед пацієнтів з МІВ МФК: 48,19 vs 30,12%.

Таким чином, аналіз результатів окремих доменів шкали PSP довів специфічність проблематики в групах обстежених хворих, а саме, що порушення міжособистісних взаємин і прояви настороги чи/та агресивної поведінки більш характерні пацієнтам з МІВ ПК.

Висновки

В результаті клініко-феноменологічного та статистичного аналізу характеристик пацієнтів з МІВ з різним фабульним змістом при РСШ було виявлено якісну різницю в клінічній картині, особливостях дебютування та тривалості РСШ, а також рівні функціонування пацієнтів із різним змістом МІВ - хворих з переважанням містико-магічного мислення (домінування фантастичності переживань) та хворих з відчуттям зовнішнього контролю від найближчого оточення.

Серед обстежених МІВ МФК та ПК пацієнти, що страждають на параноїдну форму шизофренії, зустрічалися з однаковою частотою, що обумовлено приналежністю цього захворювання до основних видів РСШ. Шизоафективний розлад (депресивний тип) суттєво частіше зустрічався у пацієнтів групи з МІВ МФК ($p=0.051$), тоді як хронічний маячний розлад та поліморфний психотичний епізод з симптомами шизофренії частіше діагностувався в групі пацієнтів з МІВ ПК ($p=0.048$ та $p=0.161$ відповідно). За синдромальною картиною у групі пацієнтів з МІВ МФК достовірно переважав галюцинаторно-параноїдний синдром ($p=0,001$), тоді як серед пацієнтів з МІВ ПК суттєво частіше виявлявся параноїдний синдром ($p=0,001$).

Вивчення взаємозв'язку між віком та дебютом хвороби в групах обстежених хворих довело, що в групі МІВ ПК достовірно частіше захворювання розпочиналося раніше, ніж серед пацієнтів з МІВ МФК, а саме в віці ще до 20 років ($p=0.02$). У групі МІВ ПК найчастіше початок хвороби відповідав віковій групі 20 - 29 років (39,8% випадків), що характерно для дебютування таких видів РСШ, як шизоафективний та хронічний маячний розлади. Аналіз даних щодо тривалості захворювання засвідчив, що найбільша кількість пацієнтів в обох групах хворіла від двох до п'яти років - серед пацієнтів з МІВ ПК це склало половину всіх пацієнтів (51,7%), достовірно



більше, ніж в групі МІВ МФК ($p=0,043$). Аналіз даних показав, що пацієнти з МІВ МФК хворіють триваліше, на відміну від пацієнтів з МІВ ПК ($p=0,045$).

Аналіз змісту маячних ідей виявив характерні особливості. Так, у пацієнтів групи МІВ МФК домінував релігійний контент марення (63,9 %), архаїчний зміст (24,1 %) та фантастичні переживання (12,0 %). Водночас у групі МІВ ПК переважали ідеї упередженого ставлення з боку родини (68,7 %) та впливу сусідів через побутові пристрої (24,1 %).

Оцінка рівня СФ за шкалами GAF та PSP виявила нездатність функціонувати або значні труднощі в більшості сфер життя (проміжок балів 21-40 балів за шкалою GAF), а також значні порушення СФ (інтервал 31-40 балів за шкалою PSP) достовірно переважали в групі МІВ МФК, що вказувало на тяжкий перебіг хвороби в цих хворих. Згідно аналізу результатів окремих доменів за шкалою PSP (конкретні сфери порушення СФ), довів розповсюдженість порушень міжособистісних взаємин з проявами настороги чи\та агресивної поведінки серед пацієнтів з МІВ ПК.

Отже, аналіз контенту МІВ у пацієнтів з РСШ дав змогу виділити клінічні особливості порушення СФ в залежності від феноменологічних особливостей контенту маячення пацієнтів та вказав на ряд суттєвих відмінностей у виділених групах. Подальші дослідження можуть вплинути на протоколи ведення даних пацієнтів та якісно покращити результати реабілітаційних заходів, завдяки їх тематичному фокусуванню при стаціонарному та амбулаторному лікуванні.