

Порушення соціального функціонування у хворих з депресивними розладами в умовах стресу війни

Галина Пулягіна
Євгенія Гриневич
Борис Михайлов

НУОЗ України імені П.Л. Шупика
НУОЗ України імені П.Л. Шупика
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Актуальність. Психотравмуючі фактори, котрі мають місце під час війни 2022-2023 рр., значно впливають на загострення / виникнення і прояви депресивного симптомокомплексу (ДС) при розладах спектру шизофренії (РСШ) та невротичних депресивних розладах (ДР), а також погіршують рівень соціального функціонування (СФ) хворих.

Мета. Вивчити характер порушень соціального функціонування СФ у хворих з ДС при РСШ та невротичних ДР, враховуючи взаємозв'язок впливу стресових факторів із динамікою загострення психопатологічної симптоматики та її вираженості у цих пацієнтів.

Методи та матеріали. Було проведено психопатологічне обстеження 92 пацієнтів з РСШ (з шизофренією, Шф та шизоафективним розладом, ШАР) та невротичними ДР (з рекурентної депресії, РД та депресивною реакцією при розладах адаптації, РА), котрі зазнали важкого стресового впливу під час війни.

Результати. В ході обстеження найбільшу кількість склали жінки (60,9% випадків). Серед пацієнтів віком 18 - 25 років найбільша кількість хворих була з РА (46,2%), в групі 26 - 35 років - з РСШ (по 50,0% з Шф, та з ШАР). Переважна більшість випадків РД була представлена серед пацієнтів у віці 36 - 50 років. У хворих з РД достовірно переважав депресивний синдром, а у пацієнтів з РА - депресивно-фобічний синдром. Тоді як у хворих на РСШ найчастіше діагностувалася депресивно-маячна симптоматика. Реактивне загострення основного захворювання (при РСШ та РД), а також розвиток РА серед всіх обстежених хворих відбувся внаслідок впливу стрес-факторів, різних за змістом, але пов'язаних з війною. Найчастішим з них були відчуття «втоми від війни», невизначеності та/або безнадійності щодо майбутнього (сукупно 82 % хворих з РД та РА); труднощі під час вимушеної евакуації, котрі викликали різке зростання конфліктів в родині, особливо у хворих з РСШ (57,9% випадків в цілому) та РА; значне зниження матеріального забезпечення. Порушення СФ у пацієнтів з ДС при різних видах психічних розладів наслідок стресу війни в основному проявлялося у значному утрудненні виконання повсякденних професійних та побутових обов'язків (91,3% випадків зі всіх пацієнтів); у відчутті відсутності соціальної підтримки та самотності, частими та/або тривалими міжособистісними конфліктами з найближчим оточенням, а також з різким погіршенням матеріального становища. Іншими психопатологічними чинниками щодо ДС, котрі виникали під впливом стресу війни погіршувало рівень СФ пацієнтів, були порушення сну (97,8% випадків) з достовірною прямою кореляцією із значним утрудненням виконання повсякденних обов'язків; прояви зневіри в себе і безнадійності, а також поява чи значне посилення суїцидальних думок відмічали понад 80% обстежених пацієнтів (у 36,0% пацієнтів з невротичними ДР були зафіксовані спроби самогубства та несуйцидальних самоушкодження - найчастіше при РА; відчуття постійної втоми (80,0% хворих з невротичними ДР).

Висновок: Розуміння впливу стрес-факторів, пов'язаних з війною на прояви ДС та характер і рівень порушень СФ потребує застосування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів для хворих з ДС, котрі перенесли важку психотравмуючу ситуацію, який дозволить своєчасне та ефективне лікувати реактивні стани (рецидиви психотичного епізоду) з урахуванням вираженості та особливостей ДС, змісту та важкості стресорного впливу на стан пацієнтів задля виходу у стан ремісії, відновленню соціальної адаптації пацієнтів, зменшення ризику розвитку саморуйнівної чи агресивної поведінки.

Вступ.

Стрес війни, яка триває вже понад 18 місяців в Україні, має вкрай негативні наслідки щодо посилення порушень соціальної адаптації та розвитку психопатологічних порушень, насамперед, тих, котрі супроводжуються депресивною симптоматикою. Сучасні дослідження чітко свідчать, що хронічний стресовий вплив суттєво обтяжує перебіг ДР [1,2,5]. Але в системі надання якісної спеціалізованої допомоги таким пацієнтам важливим є науково-теоретичне і практичне питання, чи є стресовий вплив прямим чинником розвитку депресивного симптомокомплексу (ДС) чи депресивного розладу (ДР)? Яким чином стан дистресу як хронічного стресового впливу позначається на проявах ДС, якщо хворий страждає на ДР до початку дії стресових подразників [1,5,7,9,12].

Є зрозумілим, що типова психічна реакція на важкий стрес, особливо при гострих та повторних психотравмуючих ситуаціях, які мають місце під час війни, спочатку може викликати значне занепокоєння, фіксацію думок про причини стресу чи його наслідки, але в подальшому в багатьох випадках формує не тільки ДС і призводить до суттєвих проблем у особистому, сімейному, соціальному житті. Таким чином, хронічний стрес війни викликає реактивне посилення невротичних чи психотичних симптомів (в тому числі ДС), наслідком чого є значне зниження соціального функціонування (СФ) пацієнтів і погіршення перебігу будь-яких психічних розладів [1-3,5].

Тому, вкрай важливим завданням для сучасної української психіатрії є надання якісної спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги в умовах війни хворим на стрес-асоційовані невротичні і психотичні розлади з ведучою депресивною симптоматикою.

Ця задача обумовила **мету дослідження:** дослідити характер порушень СФ у хворих з ДС при розладах спектру шизофренії (РСШ) та невротичних ДР, враховуючи взаємозв'язок впливу стресових факторів із динамікою загострення психопатологічної симптоматики та її вираженості у цих пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проведено дослідження 92 пацієнтів з ДС при різних видах психічних розладів (РСШ та невротичні ДР): 36 чоловіків і 56 жінок в віці від 18 до 50 років (середній вік – $36,1 \pm 14,8$ роки) – дані наведено в табл.1 та 2.

Всі хворі звернулися по амбулаторну консультативну допомогу на кафедру загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології та кафедру психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика (очно та в он-лайн режимі) у період з березня 2022 р. по вересень 2023 року.

В обстеження були включені (дані наведені в табл. 3) 42 пацієнта з РСШ, рубрика F2, згідно міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10) або блок L1 6A20-21 у міжнародній класифікації хвороб XI перегляду (МКХ-11):

– 20 хворих (21,7%) з шизофренією (Шф, F20.0), а саме з параноїдною формою та приступообразно-прогресивним перебігом – 14 осіб, з параноїдною формою та епізодично-ремітуючим перебігом – 6 осіб, відповідно 15,2; та 6,5% від загальної кількості обстежених пацієнтів;

– 22 пацієнта (23,9%) з шизоафективним розладом, депресивний тип (ШаР, F25.1).

Також в дослідження було включено 50 хворих з невротичними ДР:

– 24 особи (26,1%) з помірним чи важким рекурентним депресивним розладом (РД, F33.1-2; L2 6A71 за МКХ-11)

– 26 хворих (28,3%) з розладами адаптації (РА, депресивна реакція – F43.2; L2 6B43 за МКХ-11).

Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні; вік від 18 до 50 років; наявність ДС при невротичних ДР або РСШ (без вираженої дефіцитарної симптоматики), за відсутністю інтелектуально-мнестичного зниження чи важкої соматичної патології у стані декомпенсації; а також факт пережитого наявного психотравмуючого впливу (одноразового чи множинного) за період не більш ніж три місяці перед оглядом - всі стресові ситуації виникли під час війни.

Нами було здійснено аналіз розподілу обстежених хворих за статтю та нозологічною приналежністю (див. табл. 1).

Таблиця 1

Стать	Нозології				Всього
		Шф	ШаР	РД	
Чоловіки	9 (45,0 ↓ 25,0 →)	7 (31,8 ↓ 19,4 →)	8 (33,3 ↓ 22,3 →)	12 (46,2 ↓ 33,3 →)	36 (39,1)
Жінки	11 (55,0 ↓ 19,6 →)	15 (68,2 ↓ *26,8 →)	16 (66,7 ↓ * 28,6 →)	14 (53,8 ↓ 25,0 →)	56 (60,9)*
Всього	20 (100,0)	22 (100,0)	24	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих за. Розподіл обстежених хворих за статтю та нозологіями, абс. (%)

Примітка: * – $p < 0,05$, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - в підгрупі за статтю

Було зафіксовано статистично достовірне переважання жінок, котрі страждали на ШаР ($p=0.02$) чи РД ($p=0.016$), але рівномірний розподіл пацієнтів за статтю при Шф ($p=0.74$) та РА ($p=0.612$). Ці дані засвідчили, що хронічні ДР в стані стрес-асоційованої декомпенсації більш притаманні жінкам, і вони активніше шукають якісної допомоги.

Розподіл обстежених пацієнтів за віковими групами у відповідності до нозологічних рубрік (див. табл. 2) засвідчив суттєву різницю в кожній з підгруп.

Таблиця 2

Вікові групи (роки)	Нозології				Всього
		Шф	ШаР	РД	

18 - 25	3 (15,0 ↓**17,6 →**)	2 (9,1 ↓** 11,8 →**)	-	12 (46,2 ↓70,6 →)	17 (18,5) *
26 - 35	10 (50,0 ↓ 27,0 →)	11 (50,0 ↓ 29,7 →)	10 (41,7 ↓*27,0 →)	6 (23,1 ↓*16,2 →)	37 (40,2)
36 - 50	7 (35,0 ↓18,4 →*)	9 (40,9 ↓23,7 →)	14 (58,3 ↓36,8 →)	8 (30,7 ↓21,1 →*)	38 (41,3)
Всього	20 (100,0)	22 (100,0)	24 (100,0)	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих за. Розподіл обстежених хворих за віком нозологіями, абс. (%)

Примітка: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ за меншими значеннями, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - в підгрупі за віковими групами

Так, серед наймолодших пацієнтів (18 - 25 років), котрих в цілому була найменша кількість випадків, достовірно переважали хворі з РА ($p=0.002$), і не було зафіксовано жодного хворого з РД. Також в цій підгрупі було зафіксовано незначну кількість випадків з РСШ. Ці дані вказують, що молодий вік та відсутність життєвого досвіду корелюють з стрес-вразливістю як особистісним психо-біологічним підґрунтям, що з високою вірогідністю може привести до формування РА у певної кількості молодих осіб в раптово виникаючих психотравмуючих ситуаціях.

В віковій групі 26 - 35 років хворі рівномірно були представлені в усіх вивчених нозологічних підгрупах - найменша кількість випадків з РА. В цій віковій групі була представлена найбільша кількість пацієнтів з РСШ - по 50,0% як з Шф, так і з ШАР.

Серед пацієнтів у віці 36 - 50 років достовірно більша кількість випадків була представлена хворими з РД ($p=0.039$), а найменша пацієнтами з Шф та РА. Ці дані продемонстрували, що саме хворі на РД в зрілому віці з багаторічною тривалістю афективного порушення є надчутливими до стресових впливів.

У табл. 3 представлено дані щодо розподілу провідних клінічних синдромів, згідно окремих нозологічних рубрик. Він вочевидь демонструє наявність психотичної симптоматики у пацієнтів з РСШ. Так, на момент первинного огляду у стані гострої реактивної екзацерації психотичного епізоду достовірно переважав депресивно-маячний симптомокомплекс і у хворих з Шф ($p=0.031$), і у пацієнтів з ШАР ($p=0.017$). Хоча між цими нозологіями депресивно-маячна і тривожно-маячна симптоматики була розподілена майже порівну.

Таблиця 3

Синдроми	Нозології				Всього
		Шф	ШАР	РД	
Тривожно-маячний	7 (35,0 ↓* 46,7 →)	8 (31,8 ↓*53,3 →)	-	-	15 (16,3)
Депресивно-маячний	13 (65,0 ↓48,1 →)	14 (68,2 ↓51,9 →)	-	-	27 (29,3)
Депресивний	-	-	12 (50,0 ↓54,5 →)	10 (38,5 ↓45,5 →)	22 (23,9)
Депресивно-фобічний	-	-	7 (29,2 ↓ 33,3 →)	14 (53,8 ↓66,7 →*)	21 (22,8)
Тривожно- депресивно-іпохондричний	-	-	5 (20,8 ↓*71,4 →)	2 (7,7 ↓**28,6 → *)	7 (7,6)
Всього	20 (100,0)	22 (100,0)	24 (100,0)	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідним клінічним синдромом, абс. (%)

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ за меншими значеннями, ↓ – в підгрупі за нозологією, → – відповідно до синдрому

Вивчення провідної клінічної симптоматики в обстеженій вибірці пацієнтів з невротичними ДР виявило, що у пацієнтів з РД значно переважав депресивний синдром – 50,0% хворих виявляли його тужливий й апато-адинамічний варіант ($p=0.029$). Насамперед, це відносилось до тривожно-депресивно-іпохондричного симптомокомплексу, який було діагностовано у кожного п'ятого хворого в цій підгрупі. Тоді як у більш ніж в половини пацієнтів з РА було виявлено депресивно-фобічний синдром, і достовірно менше було випадків з тривожно-депресивно-іпохондричною симптоматикою ($p=0.000$). Таким чином, було з'ясовано, що при формуванні РА (особливо в молодому віці) хворим притаманна саме депресивно-фобічна симптоматика, що треба враховувати при проведенні в фокус-орієнтованій психотерапії цих пацієнтів.

Згідно мети нашого дослідження було вивчено вплив стрес-факторів, які були пов'язані з війною (у відповідності до змісту основних психотравмуючих обставин) на екзацербацию психотичної симптоматики РСШ та реактивне загострення РД, а також формування РА (див. табл. 4).

Аналізуючи отримані дані, не було виявлено статистичної достовірності результатів в підгрупах, але вони засвідчили, що при окремих нозологіях у хворих виявлялася якісна різниця щодо психотравмуючого впливу на загострення основного захворювання чи формування РА. Більш, ніж чверть хворих (24 особи, 26,1% випадків) зазначали по 2 чи 3 причини реактивного загострення чи виникнення депресивної симптоматики.

Досить неочікуваним був результат, що найчастішим стрес-фактором серед усіх пацієнтами було визначено відчуття «втоми від війни», невизначеності та/або безнадійності щодо майбутнього. Цей стрес-фактор в цілому був визначальний у 82 % хворих з РД та РА і зовсім не фіксувався серед хворих на Шф. Між хворими з РСШ та невротичними депресіями була виявлена достовірна різниця щодо впливу цього стрес-фактору ($p=0,002$). Найбільш вразливими до цього чиннику були хворі на РД – половина хворих за нозологією та 48,0% за цим критерієм. Ці дані свідчать, що переживання невизначеності в теперішньому, котре формує песимізм по відношенню до майбутнього, має значний психотравмуючий вплив для хворих з невротичними депресіями.

Таблиця 4

Стрес-фактори	Нозології				Всього
		Шф	ШАР	РД	
Відчуття «втоми від війни», невизначеності та/або безнадійності щодо майбутнього	-	4 (18,2 ↓ 16,0 →)	12 (50,0 ↓ 48,0 →)	9 (34,6 ↓ 36,0 →)	25 (27,2)
Різке зростання конфліктів в родині в умовах вимушеної евакуації	6 (30,0 ↓ 31,6 →)	5 (22,7 ↓ 26,3 →)	2 (8,4 ↓ 10,5 →)	6 (23,1 ↓ 31,6 →)	19 (20,7)
Зниженням матеріального забезпечення для життя	2 (10,0 ↓ 11,8 →)	4 (18,2 ↓ 23,5 →)	5 (18,2 ↓ 29,4 →)	6 (23,1 ↓ 35,3 →)	17 (18,5)
Пережите	3 (15,0 ↓ 19,9 →)	4 (18,2 ↓ 26,7 →)	4 (16,7 ↓ 26,7 →)	4 (15,4 ↓ 26,7 →)	15 (16,3)

неодноразове бомбардування					
Стресовий вплив медіа-інформації	4 (20,0 ↓ 30,8 →)	5 (22,7 ↓ 38,4 →)	4 (16,7 ↓ 30,8 →)	-	13 (14,1)
Пережиті страхи під час окупації	2 (10,0 ↓ 22,2 →)	3 (16,7 ↓ 33,3 →)	1 (4,2 ↓ 11,1 →)	3 (11,5 ↓ 33,3 →)	9 (6,5)
Втрата (загибель) близької людини, рідних	1 (5,0 ↓ 14,3 →)	2 (9,1 ↓ 28,6 →)	1 (4,2 ↓ 14,3 →)	3 (11,5 ↓ 42,8 →)	7 (7,6)
Неможливість продовжити прийом препаратів, купити ліки	3 (15,0 ↓ 75,0 →)	1 (4,5 ↓ 25,0 →)	-	-	4 (4,3)
Всього	20 (100,0)	22 (100,0)	24 (100,0)	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих за нозологіями та. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та психотравмуючими стрес-факторами, абс. (%)

Примітка: ↓ - в підгрупі за нозологією, → - за відповідним стрес-фактором

Аналізуючи отримані дані, не було виявлено статистичної достовірності результатів в підгрупах, але вони засвідчили, що при окремих нозологіях у хворих виявлялася якісна різниця щодо психотравмуючого впливу на загострення основного захворювання чи формування РА. Більш, ніж чверть хворих (24 особи, 26,1% випадків) зазначали по 2 чи 3 причини реактивного загострення чи виникнення депресивної симптоматики.

Досить неочікуваним був результат, що найчастішим стрес-фактором серед усіх пацієнтами було визначено відчуття «втоми від війни», невизначеності та/або безнадійності щодо майбутнього. Цей стрес-фактор в цілому був визначальний у 82 % хворих з РД та РА і зовсім не фіксувався серед хворих на ШФ. Між хворими з РСШ та невротичними депресіями була виявлена достовірна різниця щодо впливу цього стрес-фактору ($p=0,002$). Найбільш вразливими до цього чиннику були хворі на РД – половина хворих за нозологією та 48,0% за цим критерієм. Ці дані свідчать, що переживання невизначеності в теперішньому, котре формує песимізм по відношенню до майбутнього, має значний психотравмуючий вплив для хворих з невротичними депресіями.

Кожний п'ятий з всіх обстежених хворих зазначив, що різке зростання конфліктів в родині внаслідок суттєво змінених умов життя після вимушеної евакуації викликало екзацербацию психотичного процесу більш, ніж у половини хворих з РСШ - 57,9% випадків в цілому. Цей стрес-чинник, пов'язаний з перенаселенням в нових умовах життя і накопиченням образ та конфліктів став також тригером розвитку РА в майже чверті пацієнтів з цією нозологією, а також загострення депресивного стану у хворих з РД, хоча і значно в меншій мірі (в 3,0 рази). Ці дані засвідчили необхідність обов'язкового включення сімейної психотерапії чи родинного консультування для хворих з подібними проблемами.

Проведений аналіз виявив, що 35,3% хворих з РСШ відреагували значним погіршенням психічного стану на психотравмуючі обставини, пов'язані з різким зниженням матеріального забезпечення життя, в тому числі внаслідок втрати роботи. Але цей стрес-фактор достовірно частіше впливав на виникнення чи загострення невротичної депресії – 64,7% випадків РД та РА ($p=0,027$), а саме, на розвиток РА – в 23,1% випадків за нозологією, та 35,3% - за цим критерієм, що в три рази частіше, ніж у хворих з ШФ (найменша частота).

У 16,3% всіх обстежених хворих гостро посилював депресивно-маячну або депресивну симптоматику психотравмуючий вплив пережитого досвіду неодноразового бомбардування зі сталим страхом щодо цього. А в 14,1% всіх досліджених випадків загострення афективної симптоматики виникало внаслідок стресового впливу медіа-інформації. Але не було

зафіксовано жодного подібного випадку у хворих на РА.

Всі інші психотравмуючі фактори впливали на різке погіршення стану хворих менше, ніж в кожного десятого пацієнта в цілому за окремими критеріями.

Важкі переживання, пов'язані з окупацією (насамперед, страхи смерті і згвалтування, а також безпорадності і безнадії, котрі хворі пережили під час окупації в Київській області – звернення було весною 2022 р.), найчастіше викликали розвиток РА та впливали на різке загострення депресивно-маячної симптоматики у хворих на ШАР – у третини хворих з цими нозологіями та за цим критерієм.

Факт смерті близької людини був основним чинником екзацербачії психотичного епізода чи різкого загострення невротичної депресивної симптоматики в 7 осіб, у більшості з яких (3 пацієнта – 42,8% за цим критерієм) сформувалася гостра реактивна депресія.

4 пацієнта з РСШ неможливість продовжити прийом препаратів за їх відсутністю визнали причиною загострення психотичної симптоматики, 3 з них, хворі на Шф, звертались з такими психотравмуючим приводом в перші три місяці війни.

Всі ці отримані дані свідчать про важливість врахування змісту психотравмуючого впливу на розробку лікувально-реабілітаційних заходів, котрі, окрім фокусної терапевтичної спрямованості, повинні враховувати соціальний компонент виникнення реактивних станів – наприклад, це стосується працевлаштування та доступності купівлі (отримання) ліків.

У табл. 5 представлено результати вивчення характеру порушень СФ в обстеженому контингенті хворих. Аналіз проводився лише в описовому вигляді фіксації змін в житті і суб'єктивній оцінці стану СФ пацієнтів до війни та на момент діагностичного огляду.

Аналіз проявів соціальної дезадаптації довів, що основним наслідком тривалого та суб'єктивно значущого стресу під час війни було значне утруднення виконувати повсякденні професійні, побутові обов'язки, що зазначили 91,3% зі всіх пацієнтів. І якщо це відмічали всі хворі з РСШ, то пацієнти з невротичними депресіями мали ресурси здійснювати повсякденну активність в більшому обсязі – лише 65,4% з РА скаржились на такі утруднення.

Важливим стрес-фактором, обтяжуючим СФ було відчуття відсутності підтримки, та соціальної самотності, про яке свідчили три чверті обстежених хворих (80,4% випадків в цілому) з рівним співставленням за усіма дослідженими нозологіями.

Таблиця 5

Вікові	Нозології				Всього
		Шф	ШАР	РД	
Значне утруднення виконувати повсякденні обов'язки (професійні, побутові)	20 (100,0 ↓23,8 →)	22 (100,0 ↓26,2 →)	23 (87,5 ↓27,4 →)	19 (73,1 ↓22,6 →)	84 (91,3)
Відчуття відсутності підтримки, самотності	16 (80,0 ↓21,6 →)	17 (77,3 ↓23,0 →)	20 (83,3 ↓27,0 →)	21 (80,8 ↓28,4 →)	74 (80,4)
Часті та/або	17 (85,0 ↓29,8 →)	10 (45,5 ↓17,5 →*)	12 (50,0 ↓21,1 →)	18 (69,2 ↓31,6 →)	57 (62,0)

тривалі міжособистісні конфлікти в родині, з друзями					
Різке погіршення матеріального становища	10 (50,0 ↓20,0 →)	13 (59,1 ↓26,0 →)	14 (58,3 ↓28,0 →)	13 (50,0 ↓26,0 →)	50 (54,3)
Посилення вживання алкоголю	4 (20,0 ↓14,8 →*)	5 (22,7 ↓18,5 →)	8 (33,3 ↓29,4→)	10 (38,5 ↓37,3 →)	27 (24,8)
Втрата роботи	3 (15,0 ↓12,0 →*)	5 (22,7 ↓20,0 →)	9 (37,5 ↓36,0 →)	8 (30,8 ↓32,0 →)	25 (23,0)
Всього випадків в підгрупах та в цілому	20 (100,0)	22 (100,0)	24 (100,0)	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідними чинниками. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та провідними чинниками порушень СФ і наслідками соціальної дезадаптації, абс. (%)

Примітка: * - $p < 0,05$ за меншими значеннями, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - за відповідними критеріями

Більш, ніж дві третини пацієнтів (62,0% випадків в цілому) зазначили як прояв порушень СФ часті та/або тривалі міжособистісні конфлікти в родині, з друзями. Найчастіше про це висловлювались хворі на Шф та РА (відповідно 85,0 та 69,2% випадків в підгрупі за нозологією) – по третині випадків за цим критерієм. В найменшій мірі конфліктність була притаманна хворим на ШАР – була виявлена значуща різниця за цим критерієм між хворими на РА та на ШАР ($p=0.041$).

Понад у половини всіх обстежених пацієнтів порушення СФ були викликані різким погіршенням матеріального становища з рівномірним представленням цього критерію за нозологіями. Майже половина з цих пацієнтів (23,0% випадків в цілому) матеріальне збіднення пов'язувала з втратою роботи. В найбільшій мірі цей фактор вплинув на хворих з РД - 37,5% випадків в підгрупі за нозологією, в найменшій – на хворих з Шф ($p=0.034$).

24,8% хворих зі всіх обстежених зазначили значне посилення вживання алкоголю на тлі загострення чи виникнення психопатологічного розладу, що найчастіше фіксувалося у пацієнтів з РА - 37,3% випадків в підгрупі за нозологією, і достовірно менше у хворих з Шф ($p=0.048$).

Важливо зазначити, що хворі на невротичні депресивні стани в багатьох випадках зазначали, що соціальна дезадаптація формувалася на тлі поєднання декількох факторів. Найчастіше такою обтяжливою сполукою причин і наслідків порушень СФ було поєднання значного утруднення у повсякденній активності з відчуттям відсутності соціальної підтримки від найближчого оточення, що відмічала переважна більшість хворих на РД (19 осіб, 79,2%) та 65,4% на РА (17 осіб). Також поєднання причин і наслідків порушень СФ 50,0% хворих на РА та 45,8% пацієнтів з РД відмічали різке погіршення матеріального становища, котре викликало посилення міжособистісних конфліктів, особливо в родині.

В ході дослідження було вивчено психопатологічні прояви, окрім симптомів з депресивної тріади, як фактори, котрі посилювали соціальну дезадаптацію і погуршували СФ, а також обтяжувати провідний симптомокомплекс – дані наведено в табл. 6.

Аналіз проводився за результатами суб'єктивної оцінки значного посилення / появи психопатологічних проявів по відношенню до початку війни та у проміжок до моменту діагностичного огляду, котрі впливали на погіршення СФ пацієнтів. Самооцінка проводилася у вигляді відповідей на запитання: «Який був рівень... у 2021 році та у січні 2022 року? На скільки посилюлися прояви... після початку війни? Наскільки таке посилення проявів...

зберігалось на протязі місяцю до теперішнього огляду?». Вимір самооцінки щодо конкретних проявів дорівнював 100%, і враховувалися лише відповіді коли пацієнти висловлювалися про посилення проявів (порушення сну, астенизація, агресивність, безнадійність) лише на рівні 50% та більше і такий рівень посилення зберігався на протязі місяцю до огляду. Щодо показників здійснення суїцидальних спроб чи несуйцидальних самоушкоджень фіксувався факт їх здійснення за цей період. Також було проведено кореляційний аналіз зв'язку між факторами порушень СФ та психопатологічними проявами у межах депресивного симптомокомплексу чи того, що його обтяжував.

Основним психопатологічним чинником погіршення СФ майже всі пацієнти назвали порушення сну (97,8% випадків), що достовірно корелювало з факторами значного утруднення виконувати повсякденні професійні і побутові обов'язки ($r=0.78$) та відчуттям відсутності підтримки та соціальної самотності ($r=0.62$).

Таблиця 6

Вікові	Нозології				Всього
		Шф	ШаР	РД	
Порушення сну	20 (100,0 ↓22,2 →)	22 (100,0 ↓24,4 →)	24 (100,0 ↓26,7 →)	24 (92,3 ↓26,7 →)	90 (97,8)
Зневіра в себе, відчуття безнадійності	12 (60,0 ↓15,6 →*)	20 (90,9 ↓26,0 →)	24 (100,0 ↓31,1 →)	21 (80,8 ↓27,3 →)	77 (83,7)
Поява / посилення суїцидальних думок	14 (70,0 ↓18,4 →)	21 (95,5 ↓27,6 →)	23 (95,8 ↓30,3 →)	18 (69,2 ↓23,7 →)	76 (82,6)
Астенічні прояви (відчуття постійної втоми)	9 (45,0 ↓14,0 →)	13 (59,1 ↓20,3 →)	22 (91,7 ↓34,4 →)	20 (76,9 ↓31,3 →)	64 (69,6)
Посилення агресивності (стале роздратування)	18 (90,0 ↓32,1 →)	12 (54,5 ↓21,4 →)	10 (41,7 ↓17,9 →*)	16 (61,5 ↓28,6 →)	56 (60,7)
Суїцидальні спроби	2 (10,0 ↓11,8 →)	4 (18,2 ↓23,5 →)	5 (20,8 ↓29,4 →)	6 (23,1 ↓35,3 →)	17 (17,4)
Страх смерті від бомбардування («страх повітряної тривоги»)	2 (10,0 ↓14,3 →)	3 (13,6 ↓21,4 →)	5 (20,8 ↓35,7 →)	4 (15,4 ↓28,6 →)	14 (15,2)
Несуйцидальні самоушкодження	-	1 (4,5 ↓12,5 →)	-	7 (26,9 ↓87,5 →)	8 (8,7)
Всього випадків в підгрупах та в цілому	20 (100,0)	22 (100,0)	24 (100,0)	26 (100,0)	92 (100,0)

Розподіл обстежених хворих за нозологіями та психопатологічними проявами,. Розподіл обстежених хворих за нозологіями та психопатологічними проявами, абс. (%)

Примітка: * - $p < 0,05$ за меншими значеннями, ↓ - в підгрупі за нозологією, → - за відповідними клінічними проявами

Відчуття зневіри в себе і безнадійності, а також появу чи значне посилення суїцидальних думок відмічали більше, ніж три чверті обстежених пацієнтів. Важливо відмітити, що відчуття безнадії щодо майбутнього було зафіксовано у всіх пацієнтів з РД, що було достовірно частіше, ніж у хворих Шф та РА (60,0% випадків в підгрупі за нозологією, $p=0,032$). 95% хворих з ШаР та РД висловлювались про різке посилення суїцидальних думок на тлі екзацерації основного

захворювання. Було виявлено значний кореляційний зв'язок між відчуттям зневіри в себе і безнадійності та відсутністю соціальної підтримки ($r=0.67$), а також останнім критерієм порушень СФ та посиленням суїцидальних думок ($r=0.61$).

Достатньо часто хворі відмічали наявність відчуття постійної втоми, насамперед, це стосувалося пацієнтів з невротичними ДР, що у сукупності дорівнювало 80,0% випадків і було суттєво частішим показником, ніж в групі хворих з РСШ (50,0%, $p=0,037$). Наявність астеничної симптоматики мала пряму кореляцію з показником утруднень у виконанні повсякденних обов'язків ($r=0.53$).

Також було виявлено кореляційний зв'язок між таким критерієм порушень СФ, як часті або тривалі міжособистісні конфлікти, та наявним суб'єктивним посиленням агресивності чи сталим роздратуванням ($r=0.61$). Суттєве підвищення рівня агресивності найчастіше було зафіксовано у хворих на ШФ, а найрідше – при РД (відповідно 90,0 та 41,7% випадків в підгрупі за нозологією, $p=0.044$).

Прояви саморуйнівної поведінки виявляли 26,1% хворих серед всіх обстежених. Так сукупність пацієнтів з невротичними ДР, у котрих були зафіксовані спроби самогубства та несуїцидальні самоушкодження (переважно екскоріації, але й самопорізи) дорівнювала 36,0%, тоді як в групі хворих з РСШ кількість випадків за цим показником була значно меншою і склала 16,7% випадків ($p=0,021$). При цьому пацієнти з РА здійснили суїцидальні спроби втричі частіше, ніж хворі на ШФ. А критерій частих або тривалих міжособистісних конфліктів мав певний кореляційний зв'язок з наявністю несуїцидальних самоушкоджень ($r=0.45$). І хоча екскоріації і самопорізи були зафіксовані в цілому лише 8,7% випадків, але їх здійснювала чверть хворих на РА лише в молодшій віковій групі (до 25 років).

Отримані дані свідчать, що коморбідне поєднання основної клінічної симптоматики з проявами саморуйнівної та/або гетероагресивної поведінки у хворих з ДР (як при РСШ, так і при невротичних депресіях), котрі пережили важкі психотравми під час війни, є не тільки об'єктивним показником тяжкості їх психічного стану та значного рівня порушень СФ, але й підґрунтям щодо несприятливого прогнозу перебігу основного захворювання. Саме тому, такі прояви повинні бути в фокусі уваги фахівців при проведенні комплексних лікувально-реабілітаційних заходів.

Ще один з клінічних проявів, який було виявлено у 15,2% всіх пацієнтів – це наявність страху смерті від бомбардування (так званий «страх повітряної тривоги»). Цей показник був зафіксований у кожного п'ятого пацієнта з РД (20,8%).

Таким чином, проведений аналіз взаємозв'язку між проявами ДС з урахуванням його соціально-демографічних і клінічних особливостей при різних видах РСШ та невротичних ДР та рівнем порушень СФ в цих хворих є підставою розробки комплексу лікувально-реабілітаційних заходів та формування маршруту пацієнта при їх проведенні [2,4,6-11].

Метою розробки та застосування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів для хворих з ДС, котрі перенесли важку психотравмуючу ситуацію при різних видах психічних розладів є ефективне лікування реактивного стану (психотичного епізоду) з урахуванням вираженості та особливостей ДС, змісту та важкості стресорного впливу на стан пацієнтів, а також рівня порушень їх СФ. Важливим компонентом цього комплексу, особливо безпосередньо після стресової ситуації, є зменшення ризику розвитку проявів саморуйнівної чи агресивної поведінки. Такий комплекс заходів повинен бути послідовним та має складатися з етапів: діагностичного; надання невідкладної, амбулаторної та/або стаціонарної допомоги; проведення психо-реабілітаційних заходів, а також супроводу та психопрофілактики. А за своєю структурою має поєднувати застосування психофармакотерапії з проведенням психокорекційних і психоосвітніх заходів, при необхідності короткострокової психотерапії з подальшим супроводом хворого на етапі встановлення ремісії. Результатом проведення такого

комплексу лікувально-реабілітаційних заходів має бути купірування депресивних проявів (або їх значна редукція при психотичних розладах), вихід у стан ремісії та поновлення соціальної адаптації пацієнта.

Висновки:

Таким чином, в результаті проведеного обстеження 92 пацієнтів з ДС при РСШ та не, котрі зазнали важкого стресового впливу під час війни, було виявлено, що переважну кількість з них склали жінки (60,9% випадків), котрі активніше шукають допомоги. Серед жінок до психіатра звертались пацієнти з ШАР та РД (68,2 та 66,7% випадків в підгрупах за нозологією).

За віковими групами достовірно менша кількість випадків була зафіксована серед наймолодших пацієнтів (18 – 25 років), в котрій не було зафіксовано жодного хворого з РД, але виявлено найбільшу кількість хворих з РА – майже половину всіх випадків (46,2%). В віковій групі 26 - 35 років було зафіксовано найбільшу кількість пацієнтів з РСШ – по 50,0% як з Шф, так і з ШАР. Переважна більшість випадків РД була представлена серед пацієнтів у віці 36 - 50 років.

Аналіз даних щодо розподілу провідних клінічних синдромів, згідно окремих нозологічних рубрик та провідної клінічної симптоматики, у пацієнтів, що перенесли важкий стресовий вплив, виявив, що серед пацієнтів з невротичними ДР виявило, саме у пацієнтів з РД достовірно переважав депресивний синдром, в половині випадків було діагностовано його тужливий й апато-адинамічний варіант. Тоді як у 53,8% пацієнтів з РА домінував депресивно-фобічний синдром. А при РСШ – і у хворих з Шф, і у пацієнтів з ШАР – у стані гострої реактивної екзацербачії психотичного епізоду достовірно переважав депресивно-маячний симптомокомплекс.

Проведено дослідження довело, що реактивне загострення основного захворювання (рецидивування психотичного епізоду при РСШ чи різке реактивне посилення ДС при РД), а також розвиток РА серед всіх обстежених хворих відбулося внаслідок впливу різних за змістом стрес-факторів, але всі вони були пов'язані з війною, хоча і з якісною різницею щодо психотравмуючого впливу при окремих нозологіях. Найчастішим стрес-фактором було визначено відчуття «втоми від війни», невизначеності та/або безнадійності щодо майбутнього, котрий був визначальний для 82 % хворих з РД та РА. Також загострення ДС у пацієнтів відбувалося у зв'язку з пережитими труднощами та зростання конфліктів в родині під час вимушеною евакуації, що викликало екзацербачію психотичного процесу більш, ніж у половини хворих з РСШ (57,9% випадків в цілому) та конфліктів став також тригером розвитку РА. Окрім того, до ведучих стрес-факторів реактивної декомпенсації ДС у пацієнтів було значне зниження матеріального забезпечення, яке вочевидь вплинуло на виникнення чи загострення невротичної депресії – 64,7% випадків РД та РА (в тому числі внаслідок втрати роботи) та викликало різке погіршення психічного стану у 35,3% хворих з РСШ.

Аналіз порушень СФ у пацієнтів з ДС при різних видах психічних розладів виявив, що основним наслідком стресу війни було значне утруднення виконання повсякденних професійних та побутових обов'язків (91,3% випадків зі всіх пацієнтів). Окрім цього погіршення СФ в обстежених хворих було пов'язано з відчуттям відсутності підтримки та соціальної самотності, частими та/або тривалими міжособистісними конфліктами з найближчим оточенням, а також з різким погіршенням матеріального становища (відповідно 80,4; 62,0 та 54,3% випадків в цілому).

Самооцінка значного посилення або появи інших психопатологічних проявів щодо ДС під впливом стресу війни, які значно погіршували СФ пацієнтів виявила, що основним таким психопатологічним чинником було порушення сну (97,8% випадків) з достовірною прямою кореляцією із значним утрудненням виконання повсякденних обов'язків. Прояви зневіри в

себе і безнадійності, а також появу чи значне посилення суїцидальних думок відмічали понад 80% обстежених пацієнтів. Відчуття безнадії щодо майбутнього було зафіксовано у всіх пацієнтів з РД, що було достовірно частіше, ніж у хворих ШФ та РА. У 95% хворих з ШАР та РД було виявлено різке посилення суїцидальних думок внаслідок реактивної декомпенсації основного захворювання. Більш ніж чверть хворих (26,1%) мали прояви саморуйнівної поведінки, з них у 36,0% пацієнтів з невротичними ДР були зафіксовані спроби самогубства та несуйцидальних самоушкодження – найчастіше при РА.

80,0% хворих з невротичними ДР виявляли наявність відчуття постійної втоми, що мало прямий кореляційний зв'язок з показником утруднень у виконанні повсякденних обов'язків. А також було виявлено кореляційний взаємозв'язок між критерієм міжособистісних конфліктів та різким посиленням агресивності, яка найчастіше фіксувалася у хворих на ШФ, а найрідше – при РД.

Проведений аналіз взаємозв'язку між проявами ДС, соціально-демографічних і клінічних особливостей при різних видах РСШ та невротичних ДР та рівнем порушень СФ в цих хворих має поліпшити надання спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги цьому контингенту хворих. Метою розробки та застосування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів для хворих з ДС, котрі перенесли важку психотравмуючу ситуацію при різних видах психічних розладів є своєчасне, комплексне та ефективне лікування реактивного стану (психотичного епізоду) з урахуванням вираженості та особливостей ДС, змісту та важкості стресорного впливу на стан пацієнтів задля виходу у стан ремісії, зменшення рівня порушень СФ та ризику розвитку проявів саморуйнівної чи агресивної поведінки.

Посилання

1. Герасименко Л.О. (2018) Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології; Т. 26. Вип. 1, № 94. С. 62-65.
2. Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю. (2010) Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым эпизодом психоза. Методическое пособие. Харьков. 95 с.
3. Марута Н. О., Федченко В. (2020) Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). Family Medicine; 10, 23-30.
4. Козловська А. (2021) Нові можливості лікування шизофренії: від гострого психозу до соціальної адаптації та професійної інтеграції. Здоров'я України Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія» № 2 (57). доступний у: <https://health-ua.com/article/66050-nov-mozhliivost-lkuvannya-shizofreni-vd-gostrogo-psihozu-dosotcalno-adaptatc-t>
5. Чабан О.С, Хаустова О.О. (2009) Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання. Журнал психиатрии и медицинской психологии; 23 (3), 13-21.
6. Чугунов В.В., Курило В.О., Підлубний В.Л., Канигіна С.М. (2021) Модель комплексної реабілітації хворих на просту форму шизофренії. Запорізький медичний журнал. 2021. Т. 23, № 1(124), 105-110. DOI: 10.14739/2310-1210.2021.1.224910
7. Lazarus R. S., Folkman S. (1984) Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, NY, 456 p.
8. Bergmann N., Hahn E., Hahne I.M. et al. The Relationship Between Mindfulness, Depression, Anxiety, and Quality of Life in Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders. European Psychiatry, V.64, SI: Abstracts of 29th European Congress of Psychiatry, April 2021, S786. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2079>
9. Tennant C. (2002) Life Events, Stress and Depression. A Review of Recent Findings. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; 36 (2), 173-182. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01007.x>
10. Falloon I.R.H. (2001) Stress management and schizophrenia. British J. Psychiatry, V.179 (1), 76-77/ DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.179.1.76>
11. Yarborough BJ, Yarborough MT, Janoff SL, et al (2016) Getting by, getting back, and getting on: matching mental health services to consumers' recovery goals. Psychiatr Rehabil J; 39,



97-104.

12. Van Praag H.M. (2004) Can stress cause depression? Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry; 28 (5), 891-907