ЖИТЕЙСКИ СЪБИТИЯ, ПРЕДХОЖДАЩИ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТИ С ШИЗОФРЕНИЯ И БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСТРОЙСТВО

Е. Иванова-Генова и В. Миланова

Клиника по психиатрия, УМБАЛ „Александровска" – София

LIFE EVENTS PRECEDING HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR DISORDER

E. Ivanova-Genova and V. Milanova

Clinic of Psychiatry, University Multiprofile Hospital for Active Treatment "Alexandrovska" – Sofia

Резюме. *Стресогенните житейски събития могат да бъдат отключващ фактор за развитието на заболяване, както и да влошат налично страдание. В проучването са включени 62-ма пациенти с шизофрения, 41 с биполярно афективно разстройство (БАР) и 34 здрави контроли. Житейските събития са оценени със Скалата за социална реадаптация на Holmes и Rahe. При пациентите с шизофрения и БАР са доминирали проявите на всекидневния стрес, по-високи нива на стреса е имало във възрастовата група 20-40 г., при жените и тези с висше образование. Сравнението между групите е разкрило различия: семейните и безработните пациенти с шизофрения са имали по-високи нива на стреса, докато сред пациентите с БАР това са били несемейните и работещите. Психично болните имат различни нарушения – емоционални, когнитивни и др., които ги правят по-уязвими към стреса. Провеждането на комплексно лечение при психично болните – фармакотерапия и психосоциални интервенции, включващи и стратегии за справяне с проблемни житейски ситуации, може да спомогне за постигането на пълноценна ремисия и за предпазване от релапс.*

Ключови думи: *стрес, житейски събития, шизофрения, биполярно афективно разстройство*

Summary. *Stressful life events can be triggering factor for the development of the disease, and worsening suffering. The study included 62 patients with schizophrenia, 41 – with bipolar disorder, and 34 healthy controls. Life events were evaluated with Social Readjustment Rating Scale by Holmes and Rahe. In the patients with schizophrenia and bipolar disorder the events of everyday stress prevailed, and the age group of 20-40 years, women and those with higher education experienced higher levels of stress. The comparison between groups revealed following differences: the married and unemployed patients with schizophrenia had higher stress levels, while with bipolar affective disorder the single and unemployed patients had higher stress levels. Mentally ill have different disorders – emotional, cognitive and other that make them more vulnerable to stress. Conducting complex treatment of the mentally ill – pharmacotherapy and psychosocial interventions, including also strategies for dealing with problematic situations in life can help achieve complete remission and prevent relapse.*

Key words: *stress, life events, schizophrenia, bipolar affective disorder*

Увод

Представеният от Ханс Селие общ адаптационен синдром разглежда стадиите, през които преминава организмът при стрес, но без да отчита специфичността на стресогенния фактор: неговата честота, интензивност, продължителност и/или комплексност на действие (мултифакторни), формата на протичане (спорадично, непрекъснато и др.), наличието на предишен опит със същия фактор и др. Освен характеристиките на стресогенните фактори е необходимо да бъдат отчетени генетичната предразположеност към различни заболявания, уязвимостта на личността, намираща се в определен етап от своя жизнен цикъл, моделите на реагиране при стресови ситуации и др.

Стресът се отнася до житейско събитие или поредица от събития, които нарушават психологичното равновесие на човека. Възприемането на едно събитие като стресогенно зависи от това как човек интерпретира събитието.

Невробиологията на стреса и неговата роля в етиологията на психичните разстройства могат да бъдат обяснени чрез причинените от него дисрегулации в хипоталамо-хипофизно-надбъбречната ос, симпатиковата система и др. [1, 5]. Взаимоотношенията между стрес и адаптация са двупосочни, като организмът се стреми да намали стресовото въздействие и да запази своя интегритет. Хроничният стрес (дистрес) може да наруши адаптацията и да доведе до развитието на заболяване или да влоши налично разстройство.

Важна е ролята и на защитните фактори, които могат да противодействат на влиянието на стресовите фактори и да предотвратят или ограничат негативните им последици [3]. Някои автори разглеждат така наречения „прозорец на уязвимост" на психичните разстройства, когато действието на стресогенния фактор в този момент е по-вероятно да доведе до развитието на заболяване, отколкото през другото време. Съществува връзка между „прозореца на уязвимост" и етапа на жизнения цикъл, в които се намира личността. Раздялата се свързва с по-висок риск от развитие на депресия, стресовите събития имат връзка с редицивите при маниен епизод на биполярно афективно разстройство (БАР) и възстановяването след това. Наличието на фамилна обремененост с шизофрения в комбинация със стресори при дисфункционално семейство повишава риска от развитието на шизофрения [4].

Материал и методи

В проучването били включени 62-ма пациенти с шизофрения и 41 пациенти с БАР, провели стационарно лечение в Клиника по психиатрия към УМБАЛ „Александровска" през периода от юли 2013 до май 2014 година.

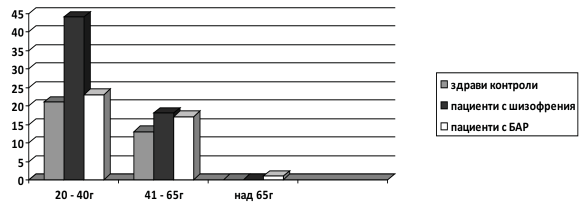
Средната възраст на пациентите с шизофрения е 35,45 г., на тези с БАР – 40,90 г. и 36,12 г. на здравите контроли. Петима (8.06%) от пациентите с шизофрения и девет (21.95%) от пациентите с БАР са имали съпътстващо соматично заболяване (артериална хипертония, анемия и др.).

Тридесет и четири здрави контроли са подбрани сред медицинския персонал, студенти по медицина и доброволци, без данни за фамилна обремененост с психични заболявания и след скриниг на психичното им състояние. Всички участници са попълнили информирано съгласие за участие в изследването. В табл. 1 са представени социо-демографските характеристики на пациентите и здравите контроли.

Разпределението на здравите контроли и пациентите по възрастови групи е представено на фиг. 1.

Таблица 1. Социо-демографските характеристики на пациентите и здравите контроли

Група / Характеристики	Здрави контроли n = 34		Пациенти с шизофрения n = 62		Пациенти с БАР n = 41	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Пол						
Мъже	17	50.00	37	59.68	12	29.27
Жени	17	50.00	25	40.32	29	70.73
Семеен статус						
Семеен/а	16	47.06	7	11.29	13	20.97
Несемеен/а	15	44.12	50	80.65	19	46.34
Разведен/а	2	5.88	5	8.06	8	19.51
Вдовец/а	1	2.94	0	0.00	1	2.44
Образование						
Висше	21	61.77	20	32.26	19	46.34
Средно	13	38.23	37	59.68	22	53.66
Основно	0	0.00	5	8.06	0	0.00
Трудова заетост						
Работи	28	82,35	5	8.06	17	41.46
Не работи	6	17.65	27	43.55	10	24.39
Пенсионер по болест	0	0.00	30	48.39	14	34.15



Фиг. 1. Разпределение на здравите контроли и пациентите по възрастови групи

Диагнозата на пациентите е поставена въз основа на критериите по МКБ-10 (табл. 2 и 3).

Таблица 2. Разпределение на пациентите с шизофрения според МКБ-10

Диагноза по МКБ-10	Пациенти с шизофрения n = 62	
	Брой	Относителен дял в %
F 20.0 Параноидна шизофрения	52	83.87
F 20.1 Хебефренна шизофрения	2	3.23
F 20.2 Кататонна шизофрения	3	4.84
F 20.5 Резидуална шизофрения	4	6.45
F 20.6 Обикновена шизофрения	1	1.61

Таблица 3. Разпределение на пациентите с БАР според МКБ-10

Диагноза по МКБ-10	Пациенти с БАР n = 41	
	Брой	Относителен дял в %
F31.0 БАР, сегашен епизод – хипоманиен	4	9.76
F31.1 БАР, сегашен епизод – маниен без психотични симптоми	10	24.39
F31.2 БАР, сегашен епизод – маниен с психотични симптоми	6	14.63
F31.3 БАР, сегашен епизод – умерена или лека депресия	13	31.71
F31.4 БАР, сегашен епизод – тежка депресия без психотични симптоми	4	9.76
F31.6 БАР, сегашен епизод – смесен	4	9.76

Оценката на житейските събитията е извършена със Скалата за социална реадаптация на Holmes и Rahe [6]. За обработка на данните са използвани параметрични (вариационен, алтернативен, корелационен и дисперсионен анализ, t-критерий на Student) и непараметрични методи (Fisher's exact test – χ^2 при многократните таблици) със статистически програмен продукт – SPSS v.17.0.

Резултати

При пациентите с шизофрения и БАР са оценени различни житейски събития за период от една година и рискът от развитие на заболяване преди последната им хоспитализация, като резултатите им са сравнени с тези на здрави контроли. В табл. 4 е сравнен рискът от развитието на заболяване в трите групи.

Таблица 4. Сравнение между групите според риска от развитие на заболяване

Групи	Здрави контроли n = 34		Пациенти с шизофрения n = 62		Пациенти с БАР n = 41	
Риск от заболяване	Брой	%	Брой	%	Брой	%
≤ 150 (слаб риск)	22	64.71	32	51.61	15	36.59
150-299 (умерен риск)	10	29.41	10	16.13	22	53.66
≥ 300 (висок риск)	2	5.88	12	19.35	4	9.76

Анализът разкри, че пациентите с шизофрения през изминалата година по-често са имали финансови проблеми – 20 пациенти (32.26%), и 19 пациенти (30.65%) са загубили работата си. Проявите на всекидневния стрес са били свързани с промени в обичайни дейности от ежедневието: с храненето – 22-ма пациенти (35.48%), нарушения на съня – 26 пациенти (41.94%), почивката – 16 пациенти (25.81%), и взаимоотношенията в семейството – 15 пациенти (24.19%). Шестнайсет пациенти (25.81%) с шизофрения са боледували от различни соматични заболявания.

Проявите на ежедневния стрес също са доминирали при пациентите с БАР: промени, свързани с храненето – 22-ма пациенти (53.66%), нарушения на съня – 18 пациенти (43.90%), и почивката – 11 пациенти (26.83%). Дванайсет пациенти (29.67%) с БАР са имали проблеми със съдебните институции през изминалата година.

При здравите контроли освен нарушения на съня – 11 (32.35%), и почивката – 14 (41.18%), са установени прояви на професионалния стрес – промяна в естеството на работа при 9 здрави контроли (26.47%).

Умерен риск от развитие на заболяване при пациентите с шизофрения са имали жените (mean = 223,80), възрастовата група 20-40 г. (mean = 191,73), семейните (mean = 236,14), с висше образование (mean = 210,90) и безработните (mean = 233,74). Умерен риск от развитие на заболяване при пациентите с БАР са имали жените (mean = 215,21), възрастовата група 20-40 г. (mean = 250,09), несемейните (mean = 238,37), с висше образование (mean = 247,05) и работещите (mean = 213,83).

При здравите контроли слаб риск от развитие на заболяване има при жените (mean = 155,84), безработните (mean = 159,33) и тези с висше образование (mean = 155,84), докато умерен риск от развитие на заболяване е налице във възрастовата група от 20 до 40 г. (mean = 191,73) и разведените (mean = 208,50).

Обсъждане

Анализът на получените резултати показва, че и в трите групи са доминирали проявите на всекидневния стрес, които се приемат като високорисков фактор по отношение на психичното здраве. Професионалният стрес при здравите контроли (значителна част от тях са медицински лица) и работещите пациенти с БАР допълнително се наслагва над ежедневния стрес.

Съществуват индивидуални различия спрямо предразположеността към развитието на заболяване, уязвимостта може да приеме формата на генетични, психологични, биологични или ситуационни фактори. Психично болните често имат емоционални и когнитивни нарушения, снижен фрустрационен потенциал, комуникативни затруднения, трудности в справянето с интерперсоналните взаимоотношения, намалена работоспособност, често по-ниска степен на образование, които водят до по-голяма уязвимост спрямо стреса. Дистресът и повишената уязвимост водят до нарушения в адаптацията.

Жизненият цикъл, в който се намира личността, също оказва влияние на стресоустойчивостта, едни от най-уязвимите периоди са преходите между 21, 50 и 70 години [2]. Резултатите на пациентите с шизофрения и БАР, както и на здравите контроли сочат умерен риск от развитието на заболяване във възрастовата група от 20 до 40 години.

Психосоциалните проучвания доведоха до разбирането, че епизодите с психотична симптоматика при пациентите са резултат на взаимодействието между биологичната предразположеност и психосоциалните стресови фактори. Това налага и провеждането на комплексно лечение при пациентите, като чрез биомедицинските методи се намалява уязвимостта им, а психосоциалните интервенции водят до подобряване на способността им за справяне с разнообразието от стресови фактори. Членовете на семейството също се нуждаят от психологична подкрепа за справяне със стреса в съвместния живот с психично болния [1, 7].

Изводи

При пациентите с шизофрения и БАР провеждането на комплексна терапия, включваща: фармакотерапия, психосоциални интервенции в стационарни условия, които да продължат след това и амбулаторно, включването в занимания за разработването на стратегии за справяне с проблемна житейска ситуация, както и споделянето и подкрепянето на успешен личен опит, тренинга в умения за самостоятелно функциониране в ежедневието, фамилната терапия и когнитивно-поведенческите интервенции, съобразени с индивидулните нужди и потребности на пациента, могат да бъдат ефективни за постигането на по-пълноценна ремисия и за предпазване от релапс.

Библиография

1. Миланова, В. Психиатрия. София, Мед. и физк., 2013, 217-245.

2. Петкова, П. и С. Николкова. Адаптация, разстройства при стрес и модели за справяне в общата практика. Психиатрия, психология и психотерапия. София, УИ Медицина, 2002, 254-272.

3. Administration for Children and Families, Preventing child maltreatment and promoting well-being: A network for action, Department of Health and Human Services. Retrieved, 2015, (http://www.childwelfare.gov).

4. Barlow, DH, Durand, VM. Abnormal psychology: An integrative approach, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 2009.

5. Corcoran, C, Gallitano, A, Leitman, D et al. The Neurobiology of the stress cascade and its potential relevance for schizophrenia. J Psychiatr Pract, 2001;7:3-14.

6. Holmes, TH, Rahe, RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res, 1967, 213-218.

7. Tso, IF, Grove, TB, Taylor, SF. Self-assessment of psychological stress in schizophrenia: Preliminary evidence of reliability and validity. Psychiatry Res., 2011, (www.academia.edu).

Адрес за кореспонденция:
Д-р Елена Иванова-Генова
Клиника по психиатрия
УМБАЛ „Александровска"
ул. „Св. Г. Софийски" № 1
1431 София
GSM: 0895472527
e-mail: helen_aivan@abv.bg