

УДК 616.895.8-096.4-039.76-036.82

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова***ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, показатели эффективности

Проблеме психосоциальной реабилитации посвящено огромное количество современных исследований (1). Изучались вопросы методологии реабилитационного процесса, его методической направленности, совершенствовались формы и методы реабилитационного вмешательства (4-6). Однако до настоящего времени не сложилось общепринятого мнения об эффективности тех или иных реабилитационных подходов, что затрудняет не только отбор наиболее адекватных методов реабилитации, но и оценку их терапевтических возможностей на различных стадиях шизофрении.

Особого внимания заслуживают больные шизофренией с первым психотическим эпизодом в связи со значительным риском развития у них выраженных нарушений социальной адаптации. Своевременная (ранняя) и полноценная реабилитация их на этом этапе заболевания снижает вероятность быстрого его рецидива, улучшает клинический и социальный прогноз пациента (7-15). Из этого следует, что адекватно подобранные и индивидуально дозированные реабилитационные мероприятия в инициальных стадиях шизофрении являются индикатором успешности оказываемой помощи, а также в значительной мере определяют уровень последующей жизнедеятельности и социальной адаптации больного.

В настоящее время существует возможность широкого выбора форм и методов реабилитации больных. Однако обоснованность их назначения и реальная эффективность нередко не принимаются во внимание. Одной из причин этого является отсутствие общепринятых критериев и объективных методов их оценки.

Целью настоящей работы явилась разработка адекватных социально-психологических показателей эффективности реабилитационного вмешательства у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом на основе комплексного психодиагностического исследования.

Методология и техническая процедура оценки эффективности медико-социальной реабилитации больных шизофренией при первом психотическом эпизоде с учетом многомерного характера этого вмешательства должны, с одной стороны, учитывать различные аспекты биопсихосоциального функционирования больного, с другой стороны – опираться на адекватные методические подходы и доказательную базу. Такой базой может быть математическая модель, разработанная на основе комплексного подхода к оценке важнейших социально-психологических качеств пациента в контексте успешности его жизнедеятельности, социального функционирования и приспособительного поведения.

В качестве базисных характеристик для оценки успешности реабилитационного процесса выбраны свойства личности, по которым можно было бы судить не только об уровне восстановления социально-психологических ресурсов (реабилитационного потенциала) пациента, но и определять его объективные количественные характеристики. К таким качествам были отнесены следующие структурные элементы личности: 1) агрессивность и враждебность; 2) межперсональные отношения; 3) самоконтроль в общении; 4) социально-психологическая адаптация.

С целью разработки комплексной математической модели для оценки успешности и эффективности медико-социальной реабилитации, нами было обследовано 30 больных шизофренией в возрасте от 23 до 34 лет на этапе завершения первого психотического эпизода и прошедших курс специальных реабилитационных мероприятий (экспериментальная группа), а также 30 больных шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными и клиническими проявлениями, получавших традиционное лечение (группа сравнения). Использовались следующие методики: опросник агрессивности и враждебности А. Басса и А. Дарки, опросник межлич-

ностных отношений В. Шутца, методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, методика диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера.

Была применена математическая обработка данных и описательная статистика. Размер выборки и характер распределения в выборке позволил применить для статистической обработки параметрический метод: корреляционный анализ Пирсона; непараметрический метод U-критерий Мани-Уитни для сравнения двух независимых выборок; множественный регрессионный анализ, а также использовать такой многомерный исследовательский метод в статистике, как факторный анализ.

На первом этапе была проведена математическая обработка данных и описательная статистика.

Результаты математической обработки данных по опроснику межличностных отношений

В. Шутца представлены на рисунке 1. В экспериментальной группе по шкале «Ае» выраженной потребности аффекта 40% испытуемых имеют пограничные баллы, а 43,3% - низкие баллы: прослеживается тенденция у пациентов быть осторожными при установлении контактов. Склонность общаться с малым количеством людей отражал показатель по шкале «Iw» требуемая (от других людей к индивиду) потребность включения: 30% испытуемых имеют пограничные баллы, а 40% - низкие. По шкале «Cw» требуемая потребность контроля 46,7% имеют пограничные баллы, 30% - высокие: потребность быть зависимым и колебаться в принятии решений.

По шкале «Aw» требуемая потребность в аффекте – осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения: 43,3%, имеют пограничные баллы, 43,3% - низкие.

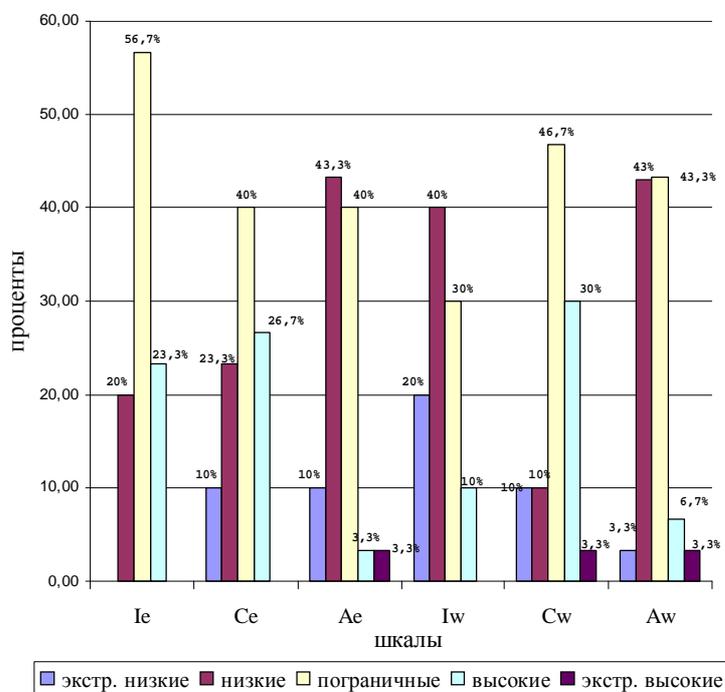


Рис. 1. Уровни межличностных отношений

Ie – выраженная (от индивида к другим людям) потребность включения; Ce – выраженная потребность контроля; Ae – выраженная потребность аффекта; Iw – требуемая (от других людей к индивиду) потребность включения; Cw – требуемая потребность контроля; Aw – требуемая потребность в аффекте.

Результаты математической обработки данных по методике социально-психологической адаптированности К. Роджерса и Р. Даймонда экспериментальной группы представлены на рисунке 2.

В экспериментальной группе по шкале притяжения себя тенденция респондентов быть довольными собой в разных ситуациях (50% - в зоне

неопределенности, 46,7% - высокие показатели). Но показатели по шкале неприятия себя (70% - в зоне неопределенности) означают, что они адекватно к себе относятся, то есть имеют адекватную самооценку. 70% в зоне неопределенности по шкале неприятия других отражает среднюю потребность личности в общении, взаимодействии, совместной деятельности. У 76,7%

(зона неопределенности) испытуемых выявляется явная определенность в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям. Высокие показатели по шкале внутреннего контроля более чем у половины испытуемых (56,7%) говорят о том, что ответственность за происходящие в жизни события принимаются

респондентами в большей мере на себя и соответственно результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Также наблюдается стремление респондентов быть подчиненными, выполнять поставленные кем-то задачи, так как 53,3% имеют баллы в зоне неопределенности, а 46,7% - имеют высокие баллы.

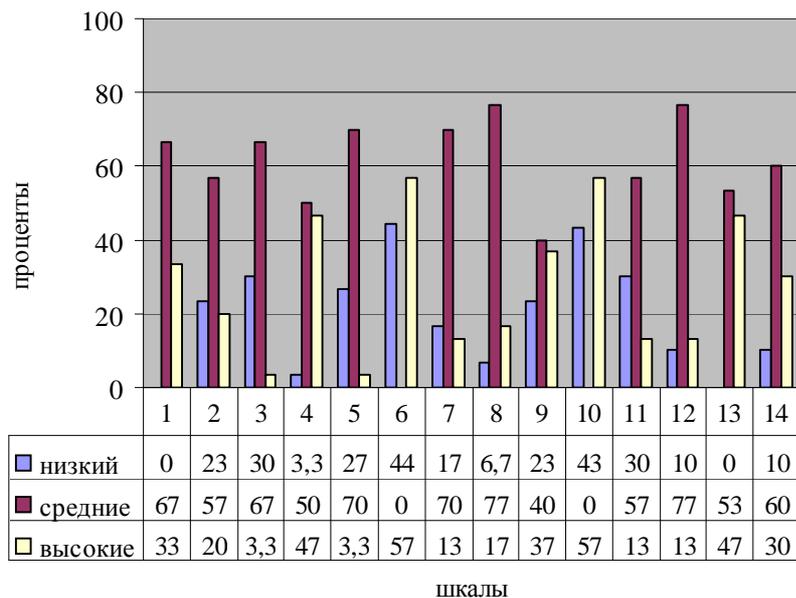


Рис. 2. Уровни социально-психологической адаптации экспериментальной группы
 1. – адаптивность; 2. – дезадаптивность; 3. – ложь; 4. – принятие себя; 5. – неприятие себя; 6. – принятие других; 7. – неприятие других; 8. – эмоциональный комфорт; 9. – эмоциональный дискомфорт; 10. – внутренний контроль; 11. – внешний контроль; 12. – доминирование; 13. – ведомость; 14. – эскапизм.

Результаты математической обработки данных по методике диагностики состояния агрессии

А. Басса и А. Дарки экспериментальной группы представлены на рисунке 3.

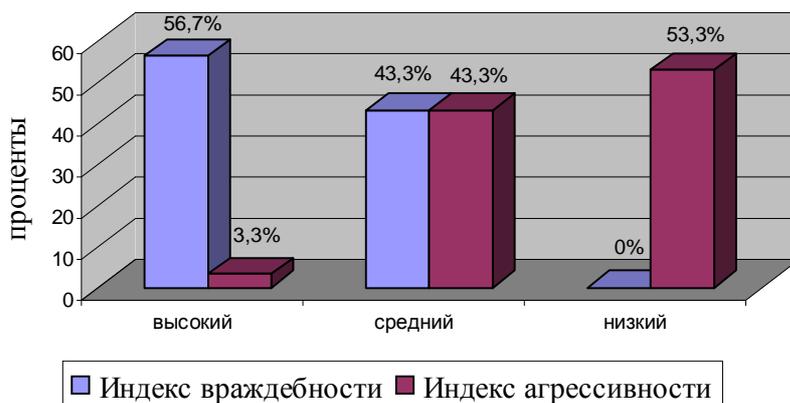


Рис. 3. Уровни индекса враждебности и агрессивности экспериментальной группы

В экспериментальной группе у 56,7% пациентов индекс враждебности высокий, что говорит о подозрительности по отношению к людям, зависти и, возможно, ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия. У более

50% испытуемых индекс агрессивности занижен, что говорит о склонности испытуемых к пассивности, конформности и ведомости. Что подтверждается результатами другой методики (К. Роджерса, Р. Даймонда) по шкале ведомость: в зоне неопределенности

пределенности – 53,3% и высокий уровень – 46,7%.

По методике М. Шнайдера 66,7% респондентов экспериментальной группы имеют среднюю оценку самоконтроля в общении. То есть, наблю-

дается склонность пациентов быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми (рис. 4).

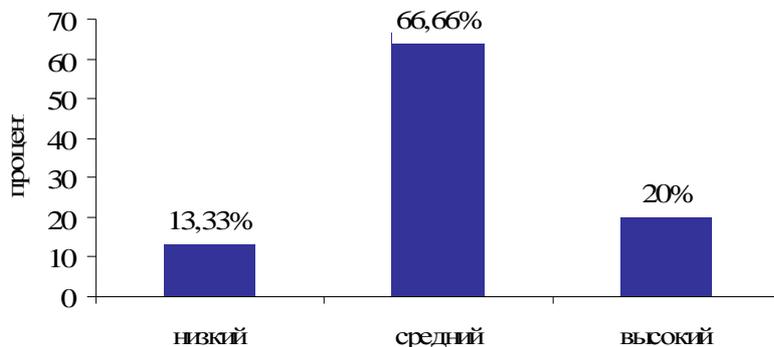


Рис. 4 Уровни самоконтроля в общении экспериментальной группы

Средние показатели по методике А.Басса и А.Дарки находятся в большинстве случаев в диапазоне средних уровней выраженности. Показатели негативизма ниже, а показатели вербальной агрессии и чувства вины выше, что может быть объяснено тем, что они сдерживают явную агрессию, поэтому компенсаторно проявляются показатели вербальной агрессии и чувства вины. Высокие показатели вербальной агрессии говорят о том, что пациенты выражают негативные чувства через словесные ответы. Общий уровень агрессивности и враждебности по данным исследования не превышает средних значений. У пациентов нет тенденции социально-желательной самопрезентации, как лишенных какой-либо агрессивности.

Для изучения межличностных отношений были использованы опросник межличностных отношений (ОМО) В. Шутца и методика диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера. Усредненный показатель по этой методике ($5,03 \pm 0,29$) свидетельствует о том, что пациенты экспериментальной группы склонны быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми.

По методике ОМО Шутца средние показатели по шкале «Iw» требуемого поведения включения находятся на уровне низких оценок ($M \pm m = 3,03 \pm 0,33$). Это означает, что респонденты расценивают себя как неспособных вызвать интерес, внимание к себе окружающих, их одобрение, интерес с их стороны. На деле это приводит к еще большему ограничению круга общения, взаимодействию лишь с малым числом людей. Можно предположить, что имеющие место элементы аутизации являются следствием специфики клинической картины шизофре-

нии.

У пациентов средние показатели по шкале «Ie» – выраженного, то есть реально осуществляемого поведения включения принадлежат к диапазону пограничных оценок ($M \pm m = 4,53 \pm 0,22$), то есть лица могут иметь тенденцию поведения, описанного как для низкого, так и для высокого сырого счета. Это говорит о том, что пациенты реально не являются полностью отрешенными от общения с окружающими.

Средние показатели по шкале выраженного поведения контроля у больных шизофренией в пределах пограничных баллов, то есть нет определенной тенденции в поведении индивида. Он или избегает принятия решений и взятия на себя ответственности, либо берет на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью.

Средние показатели по шкале требуемое поведение контроля «Cw» лежат в пределах диапазона средних значений ($M \pm m = 4,7 \pm 0,34$). Путь удовлетворения потребности в контроле, для респондентов исследуемой группы, по определению В. Шутца, является «демократический» путь, который предполагает возможность чувствовать себя практически одинаково уверенным, и отдавая или не отдавая указания, и принимая или не принимая их в зависимости от конкретной ситуации.

Средний уровень показателя по шкале «выраженное поведение аффекта» «Ae» находится в диапазоне низких оценок ($M \pm m = 3,6 \pm 0,32$). Больные не склонны устанавливать чувственно окрашенные интимные отношения.

Средние показатели по методике К. Роджерса и Р. Даймонда почти по всем шкалам в пределах зоны неопределенности. По шкале внутреннего контроля средние показатели высокие

($M \pm m = 53,27 \pm 1,83$). Это говорит о том, что ответственность за события, происходящие в жизни человека, принимаются в большей мере на себя и результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Данная предпосылка отражает наличие у индивида высокого внутреннего, интернального контроля.

В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий ($M \pm m = 59,19 \pm 2,56$). Это свидетельствует о компенсаторных тенденциях у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

На втором этапе с помощью корреляционного анализа изучен характер взаимосвязи в экспериментальной группе между шкалами социально-психологической адаптивности и показателями межличностных отношений опросника состояния агрессии Басса-Дарки, опросника (ОМО) В. Шутца и методики Шнайдера.

Применение корреляционного анализа позволило установить достоверную положительную взаимосвязь общей шкалы адаптивности со шкалой физической агрессии ($r = 0,494$; $p = 0,916$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,573$; $p = 0,001$); с показателем потребности требуемого включения «Iw» ($r = 0,387$; $p = 0,035$) и с индексом агрессивности, в который входит вербальная и физическая агрессия ($r = 0,452$; $p = 0,012$).

Таким образом, уровень адаптивности тесно связан с асертивным (уверенным) поведением и чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали («включали») в общение.

Обнаружена достоверная положительная связь между общей шкалой дезадаптивности и шкалой обиды ($r = 0,421$; $p = 0,021$); шкалой чувства вины ($r = 0,465$; $p = 0,01$) и показателем потребности выраженного контроля «Ce» ($r = 0,367$; $p = 0,046$). Из этого следует, что дезадаптивность проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, и свое гипертрофированное чувство вины испытываемые проецируют на окружающих.

Положительная связь по шкале принятия себя с вербальной агрессией ($r = 0,459$; $p = 0,011$) и отрицательная связь с показателем «Aw» потребности требуемого аффекта ($r = -0,504$; $p = 0,004$) указывают на то, что чем более человек удовлетворен своими характеристиками, тем он более откровенен в выражении эмоций и тем менее испытывает потребность в аффективных (близких и интимных) отношениях.

По шкале притяжения других обнаружена достоверная положительная связь с показателем

«Ае» потребности выраженного аффекта ($r = 0,376$; $p = 0,04$) и достоверная отрицательная связь со шкалой негативизма ($r = -0,403$; $p = 0,027$). Исходя из этого, можно предположить, что чем выше потребность больных в общении и взаимодействии с другими, тем более они склонны устанавливать близкие и эмоционально насыщенные отношения и тем меньше проявляют пассивно-оборонительную позицию в общении.

Неприятие других людей тесно связано с индексом враждебности ($r = 0,365$; $p = 0,048$) – с обидой и подозрительностью в отношении других людей.

По шкале эмоциональный комфорт установлена положительная достоверная связь со шкалой физической агрессии ($r = 0,489$; $p = 0,006$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,514$; $p = 0,004$); с индексом агрессивности ($r = 0,475$; $p = 0,008$), а также достоверная отрицательная связь с показателем «Aw» потребности требуемого аффекта ($r = -0,379$; $p = 0,039$). Из этих данных следует, что чем более люди определены в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям, тем более они уверены в своем поведении и более осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения.

Шкала эмоционального дискомфорта коррелирует со шкалой косвенной агрессии ($r = 0,401$; $p = 0,028$); со шкалой чувства вины ($r = 0,401$; $p = 0,028$); с индексом враждебности ($r = 0,472$; $p = 0,008$). Наиболее достоверная корреляция была выявлена со шкалой обиды ($r = 0,553$; $p = 0,002$) – чем более проявляется неуверенность, подавленность и вялость к окружающей действительности, тем больше пациенты неудовлетворены другими людьми и склонны быть более обидчивыми. Враждебность же по отношению к другим может проецироваться на собственную персону, которая проявляется в убежденности, что они плохие люди и связанную с ощущениями угрызений совести.

Рассматривая корреляционный анализ по шкале внутреннего контроля можно отметить, чем выше внутренний контроль, тем больше подозрительности и более проявлений физической и вербальной реакции в поведении людей. Это может быть объяснено тем, что обнаружена достоверная положительная связь со шкалой физической агрессии ($r = 0,401$; $p = 0,028$); со шкалой подозрительности ($r = 0,439$; $p = 0,015$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,45$; $p = 0,13$) и с индексом агрессивности ($r = 0,389$; $p = 0,034$).

Обнаружена достоверная положительная связь по шкале внешнего контроля со шкалами

косвенной агрессии ($r=0,395$; $p=0,031$); раздражения ($r=0,363$; $p=0,048$); обиды ($r=0,416$; $p=0,022$); чувства вины ($r=0,464$; $p=0,1$) и с индексом враждебности ($r=0,39$; $p=0,034$). Это свидетельствует о том, что пациенты склонны обижаться на несправедливость жизни, на судьбу, склонны также к проявлению зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия.

Обнаружена отрицательная достоверная связь по шкале внешнего контроля с показателем «Ie» выраженной потребностью включения ($r=-0,37$; $p=0,044$) и шкалой «Iw» требуемой потребности включения ($r=-0,434$; $p=0,017$). Исходя из приведенных результатов, можно предположить следующее – экстернальность локуса контроля, которая связана с враждебностью по отношению к людям, показывает склонность пациентов избегать людей и довольствоваться малым кругом общения. Чем меньше ощущают внешний контроль, тем большая реальная включенность – более чувствуют себя значимой и ценной личностью.

По шкале доминирования корреляционная связь со шкалой вербальной агрессии ($r=0,453$; $p=0,012$) и с индексом агрессивности ($r=0,408$; $p=0,025$) говорит о том, что чем выше у испытуемых уровень стремлений к лидерству, тем более выражение негативных чувств происходит

как через крик, визг, так и через содержание словесных ответов. Наблюдается склонность лично значимые задачи решать за счет других путем крика, проклятий и угроз.

Корреляционный анализ по шкале ведомость обнаруживает достоверную положительную связь с показателем «Ce» выраженной потребности в контроле ($r=0,564$; $p=0,001$) – чем более желание быть подчиненным, тем более индивид старается брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью.

Обнаруженная достоверная положительная связь по шкале эскапизма со шкалами косвенной агрессии ($r=0,501$; $p=0,005$); обиды ($r=0,487$; $p=0,006$) и с индексом враждебности ($r=0,376$; $p=0,04$) дает нам возможность предположить, что избегание проблемных ситуаций связано с обидчивостью («излишней ранимостью») и враждебностью по отношению к окружающим.

В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий. Это свидетельствует о компенсаторных тенденциях у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

На третьем этапе с помощью непараметрического теста Мани-Уитни для независимых выборок были определены значимые различия распределения признаков между экспериментальной группой и группой сравнения (табл.1)

Таблица 1

Значимые различия исследованных показателей у больных экспериментальной группы и группы сравнения

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1 sided
1	772	1058	307	-2.114	0.035	-2.115	0.034	30	30	0.034
2	1049	782	317	1.974	0.048	1.980	0.048	30	30	0.048
3	733	1098	268	-2.698	0.007	-2.701	0.007	30	30	0.006
4	759	1071	294	-2.306	0.021	-2.311	0.021	30	30	0.021
5	780	1050	315	-1.996	0.046	-2.000	0.046	30	30	0.046
6	574	1256	109	-5.041	0.000	-5.042	0.000	30	30	0.000
7	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.654	0.000	30	30	0.000
8	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.655	0.000	30	30	0.000
9	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.655	0.000	30	30	0.000
10	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.654	0.000	30	30	0.000
11	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.656	0.000	30	30	0.000
12	1079	752	287	2.417	0.016	2.456	0.014	30	30	0.015

1. дезадаптация; 2. ложь “-”; 3. неприятие себя; 4. неприятие других; 5. ведомость; Интегральные показатели: 6. “адаптация”; 7. “самоприятие”; 8. “приятие других” 9. “эмоциональная комфортность”; 10. “интернальность”; 11. “стремление к доминированию”; 12. “AW” - требуемая потребность в аффекте

По значению $p < 0,05$ по всем интегральным показателям видны значимые различия, по показателю «Aw» потребности требуемого аффекта, а также по шкалам дезадаптация, ложь, неприятие себя, неприятие других и ведомость.

Следует отметить, что дезадаптивность в экспериментальной группе проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, а свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих, тогда как дезадаптивность в сравнительной группе тесно связана с индексом враждебности, индексом агрессивности и подозрительностью. Неприятие других людей в экспериментальной группе тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей, тогда как в сравнительной – с обидой и желанием эмоционально-близких отношений с другими людьми. Желание быть ведомым, подчиняться, у больных шизофренией сопряжено со стремлением брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью, тогда как в сравнительной группе желание быть ведомым и подчиняться тесно связано с желанием и стремлением быть среди людей, а также с косвенной агрессией.

Результаты проведенного исследования можно интерпретировать следующим образом:

1. По методике диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда: ответственность за события, происходящие в жизни больных шизофренией, принимаются в большей мере на себя, и результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Данная предпозиция говорит о наличии у пациентов высокого внутреннего, интернального контроля. Уровень адаптивности пациентов тесно связан с ассертивным (уверенным) поведением и что чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали в общение. В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий. Это свидетельствует о наличии компенсаторных тенденций у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

2. Данные, полученные с помощью опросника (ОМО) В. Шутца, позволяют констатировать, что для больных шизофренией характерно усреднение показателей во всех областях межличностного общения, у них наблюдается склонность быть крайне осторожными и нерешительными в установлении близких чувственных отношений и по шкале «Iw» – склонность к аутизации и ограничению круга общения. Таким

образом, больные испытывают не только боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, но и боязнь аффекции, проявляющуюся по отношению к себе как неприятной и непривлекательной личности.

3. Анализ результатов по методике диагностики состояния агрессии А. Басса и А. Дарки: испытуемые экспериментальной группы сдерживают явную агрессию, поэтому компенсаторно проявляются показатели вербальной агрессии и чувства вины. Высокие показатели вербальной агрессии говорят о том, что пациенты выражают негативные чувства через словесные ответы, у них нет тенденции социально-желательной самопрезентации, как лишенных какой-либо агрессивности.

4. По методике диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера усредненный показатель отражает склонность быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми.

5. В экспериментальной группе уровень адаптивности тесно связан с ассертивным (уверенным) поведением и что чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали («включали») в общение (положительная корреляционная взаимосвязь по шкале адаптивности).

Дезадаптивность больных шизофренией проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, и свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих (связь по шкале дезадаптивности). Чем более человек удовлетворен своими характеристиками, тем он более открыт в выражении эмоций и тем менее испытывает потребность в аффективных (близких и интимных) отношениях (корреляционная зависимость по шкале приятия себя).

Чем выше потребность больных в общении и взаимодействии с другими, тем более они склонны устанавливать близкие и эмоционально насыщенные отношения и тем меньше проявляют пассивно-оборонительную позицию в общении (корреляционная зависимость по шкале приятия других).

Неприятие других людей тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей. Чем более люди определены в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям, тем более они уверены в своем поведе-

нии и более осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения. Неуверенность, подавленность и вялость пациентов к окружающей действительности приводит к неудовлетворенности другими людьми и склонны быть более обидчивыми. Высокий внутренний контроль объясняет подозрительность пациентов и их склонность к проявлению физической и вербальной агрессии.

Респонденты склонны обижаться на несправедливость жизни, на судьбу, склонны также к проявлению зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия, что проявляется в их склонности к интригам. Чем меньше ощущают внешний контроль, тем большая реальная включенность – более чувствуют себя значимой и ценной личностью и чем выше у испытуемых уровень стремлений к лидерству, тем более выражение негативных чувств происходит как через крик, визг, так и через содержание словесных ответов. Избегание проблемных ситуаций у испытуемых связано с обидчивостью («излишней ранимостью») и враждебностью по отношению к окружающим.

б. Между исследованными группами боль-

ных установлены значимые различия по всем интегральным показателям, по показателю «Aw» потребности требуемого аффекта, а также по шкалам дезадаптация, ложь, неприятия себя, неприятие других и ведомость. Можно видеть, что дезадаптивность в экспериментальной группе проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, а свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих, тогда как дезадаптивность в сравнительной группе тесно связана с индексом враждебности, индексом агрессивности и подозрительностью. Неприятие других людей в экспериментальной группе тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей, тогда как в сравнительной – с обидой и желанием эмоционально-близких отношений с другими людьми. Желание быть ведомым, подчиняться, у больных шизофренией тесно связано со стремлением брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью, тогда как в сравнительной группе желание быть ведомым и подчиняться тесно связано с желанием и стремлением быть среди людей, а также с косвенной агрессией.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова

ПОКАЗНИКИ ЭФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Були досліджені з використанням низки психодіагностичних методик 30 хворих на шизофренію, які пройшли курс реабілітації після першого психотичного епізоду. Показані кореляційні зв'язки показників адаптованості з різними поведінковими характеристиками. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 16-24).

V.A. Abramov, A.C. Burtsev, T.L. Ryapolova

FIGURES OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION INTERFERENCES IN PATIENTS ON SCHISOFRENIA WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPYSODE

Donetsk national medical university by the name of M. Gorky.

30 patients on schisofrenia with the first psychotic epsyode with the use of complex of psychodiagnostic methodics were snvestigated. Correlations of the figures of adaptation with different behavioural characteristics are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 16-24).

Литература

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.Ф. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия, 2001, 3.- с.8-12.
2. Энтони В., Козн М., Фаркас И. Психиатрическая реабилитация. Изд-во «Сфера», Киев, 2001- 279с.
3. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк, «Каштан», 2006. – 267с.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – Л., Медицина, 1978.- 233с.
5. Коцюбинский А.П., Скорик А.Н., Аксенова Н.О. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание.- СПб.: Гиппократ+, 2004.- 336с.

6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО «Лебедь», Донецк, 2002.-279с.
7. Ю.С. Зайцева. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия.2007, 1.- с.72-79.
8. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Кислицкая И.И. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2005, 1(15). – с. 3-9.
9. Марута Н.А., Бачериков А.Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии)

// Международный медицинский журнал. 2002, 8, 1-2.- с. 46-52.

10. Пишель В.Я., Польшваная М.Ю., Гузенко Е.В. Терапия больных, перенесших первый психотический эпизод: реальная клиническая практика// Архів психіатрії.- 2006, 1-4 (44-47).- с.114-117.

11. Юрьева Л.Н. Концепция ранней интервенции в психоз// Архів психіатрії.- 2004, 10, 2(37), приложение.- с.13-16.

12. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології.- 2007, 11, 1.- с. 21-24.

13. Дорознова А.С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами// Материалы XIV съезда психиатров России.- М., 2005.- с.48.

14. Гузенко Е.В. К вопросу оптимизации психиатрической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом // Архів психіатрії.- 2007, 1-2 (48-49).- с. 34-37.

15. Сторожакова Я.А., Холодова О.Е. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным// Социальная и клиническая психиатрия.2000, 10, 2 - с.74-80.

Поступила в редакцию 12.09.2008