

УДК 616.895–615.851–616.89–02-084

О. М. ЦАРЕНКО

## ПСИХОСОЦІАЛЬНА КОРЕКЦІЯ ГОСПІТАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ

Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2

**Наведено дані про ефективність розробленого інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування. Зроблено висновок про результативність запропонованих заходів, спрямованих на підвищення рівня соціального функціонування, міжособистісної взаємодії пацієнтів та гармонізації впливу терапевтичного середовища, порівняно зі стандартною терапією.**

*Ключові слова:* госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію, психосоціальна корекція.

Однією з важливих проблем у лікуванні психічно хворих при вживанні примусових заходів медичного характеру є дезадаптація пацієнтів, що розвивається як реакція на тривалу ізоляцію. Сам факт примусового лікування, що призводить до багаторічної ізоляції та значного обмеження пересування і спілкування, відіграє негативну роль у цій дезадаптації як джерело стресу і конфліктів. До того ж у більшості випадків родичі відмовляються від спілкування із хворим, що трапляється на тлі вираженої стигматизації [1, 2].

Госпітальна дезадаптація (ГД) є одним зі специфічних феноменів, який виникає в умовах примусового лікування хворих на шизофренію та впливає на поведінку пацієнта, прогноз захворювання і терапії. ГД формується за патогенної дії клініко-психопатологічних (вираженість позитивних, негативних та загально-психопатологічних синдромів), особистісних (рівень поведінкової дисфункції, вираженість синдрому госпіталізму), міжособистісних (взаємодія пацієнтів один із одним і персоналом лікарні) та середовищних (вплив терапевтичного середовища, потенціал стаціонару) чинників.

Мета даної роботи — аналіз ефективності впровадження в клінічну практику інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування (ГДПЛ) у хворих на параноїдну шизофренію.

Факт наявності зазначеної дезадаптації підтверджується даними нашої роботи, що здійснювалася упродовж 2010–2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих із посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2 та складалася з комплексного обстеження 118 пацієнтів із діагнозом параноїдної шизофренії, які перебували на примусовому лікуванні.

Комплексне клінічне дослідження включало структуроване інтерв'ю (спадковість, вплив контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z-кодів (вісь-3) за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду. Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за допомогою опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F2: психотичний синдром) та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS) [3].

Основою для побудови та застосування інтегративного комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію було усвідомлення головної спрямованості впливів не на профілактику суспільно небезпечних дій (СНД), що, на нашу думку, повинно здійснюватися на амбулаторному

етапі надання спеціалізованої медичної допомоги даному контингенту пацієнтів (контроль агресії, динаміка клініко-психопатологічних проявів тощо), а на попередження виникнення у них ГДПЛ і підтримки навичок незалежного існування. Ми виходили з того твердження, що впровадження розробленої психокорекційної системи заходів має, в першу чергу, забезпечити відновлення навичок соціального функціонування пацієнтів (хоча б у мінімальному обсязі для незалежного існування в подальшому) та покращання якості їхнього життя, тому ми свідомо відмовилися від диференціації пацієнтів залежно від скоєних ними СНД та їх профілактики як кінцевої мети психокорекції. За нашими спостереженнями, зниження рівня соціального функціонування з руйнуванням навичок незалежного існування в суспільстві у хворих на параноїдну шизофренію відбувається за загальними механізмами, незалежно від факту скоєння ними СНД, тому і психокорекційна система заходів їх підтримки також не може бути зовсім іншою. Проте, безперечно, вона повинна враховувати наявні особливості функціонування пацієнтів в умовах примусового лікування, які є обтяжуючими факторами та чинниками виникнення ГД, порівняно з хворими, які лікуються в умовах звичайної стаціонарної і амбулаторної психіатричної допомоги.

Динаміка стану пацієнтів оцінювалася після проведення заходів психосоціальної корекції, контроль ефективності яких здійснювався за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв. Ефективність розроблених і впроваджених заходів психосоціальної корекції ГДПЛ у комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію оцінювалася за допомогою: а) Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability Assessment Scale), яка визначає внутрішньолікарняне функціонування пацієнта [4]; б) стандартизованої клінічної шкали оцінки госпіталізму [5]; в) опитувальника міжособистісних стосунків [6]; г) методики оцінки типу терапевтичного середовища [7].

Дані, отримані у процесі оцінки заходів психосоціальної корекції, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик ГДПЛ, а саме: за рівнем (середнім балом та індексом) успішності пацієнтів в основних сферах соціального функціонування — міжособистісної, взаємовідношення з персоналом, організації життєдіяльності в побуті тощо.

Обстежені хворі на параноїдну шизофренію були розподілені на групу втручання (ГВ), 80 учасників якої брали участь у запропонованих заходах, розроблених за результатами власних досліджень; і групу контролю (ГК), до якої увійшли 38 пацієнтів, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. Період оцінювання становив

6 міс від початку психокорекційної роботи, що було виконано виходячи з того, що через цей часовий проміжок можливо оцінити «остаточний ефект» заходів, урахувавши «звикання» та часткову втрату первинного «ефекту».

Першим етапом визначення ефективності запропонованих заходів стало оцінювання якості життя хворих за Шкалою психіатричної інвалідності ВООЗ (табл. 1). Середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював у пацієнтів ГВ — 1,5 бала, ГК — 2,5 бала; думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта у хворих ГВ — 2,0 бали, ГК — 3,0 бали; заняття пацієнтів у лікарні серед хворих ГВ — 2,5 бала, ГК — 3,5 бала; контакти із зовнішнім світом у пацієнтів ГВ — 2,0 бали, ГК — 3,0 бали. У цілому середній бал дисфункції функціонування пацієнта у лікарні становив у хворих ГВ — 2,0 бали, ГК — 3,0 бали. Такий розподіл указує на те, що в усіх сферах функціонування дисфункція у пацієнтів ГВ досягає очевидного рівня, у хворих ГК — серйозного. У свою чергу, відсоток кожного показника у загальній структурі дисфункції по сферах у ГВ нижче, ніж у ГК, що свідчить про дієвість психосоціальних заходів корекції.

Результати розподілу структури дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні серед пацієнтів ГВ та ГК (табл. 2) показали, що дисфункція не спостерігалась у 36,9% випадках у ГВ та 6,6% — у ГК; із мінімальною дисфункцією було відповідно 39,7% та 15,1% випадків, з очевидною — 5,0% та 30,9%, із серйозною — 11,6% та 31,6%, з дуже серйозною — 6,9% та 15,8%. Такий розподіл свідчив також про значне зниження переважання у пацієнтів ГВ порівняно із хворими ГК тяжких видів дисфункції при функціонуванні у лікарні. Показник достовірності між рівнями дисфункції  $p < 0,05$ .

Результати розподілу вираженості синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні серед пацієнтів ГВ та ГК, які подано у табл. 3, свідчили, що у ГВ фазу окремих симптомів виявлено у 61 (76,3±4,3%) випадку, середній бал 9,0; ГК — 10 (26,3±4,4%), середній бал 13,0. Фазу синдрому, що формується, серед пацієнтів ГВ встановлено в 15 (18,8±3,9%) випадків, середній бал 30,0; у ГК — в 19 (50,0±5,0%), середній бал 34,0. Фазу сформованого синдрому визначено у 4 (5,0±2,2%) пацієнтів ГВ, середній бал 45,0; у ГК — в 9 (23,7±4,3%) осіб, середній бал 49,0. Показник достовірності між фазами госпіталізму  $p < 0,05$ .

Результати дослідження особливостей міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в групі втручання та контрольній групі подано в табл. 4.

Розподіл середнього індексу дисфункції хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в обстежених групах

Функціонування пацієнта у лікарні	Група втручання		Група контролю		Загальний середній бал	
	сер. бал	%	сер. бал	%	ГВ	КГ
Поведінка у палаті						
Повільність рухів	1	1,8	2	2,3	1,5	2,5
Гіпоактивність	1	1,8	2	2,3		
Підвищена активність	2	3,5	3	3,5		
Бесіда	2	3,5	3	3,5		
Замкнутість, відгородженість	1	1,8	2	2,3		
Інтереси дозвілля	2	3,5	3	3,5		
Незрозуміла мова	2	3,5	3	3,5		
Поза й манери	1	1,8	2	2,3		
Погрози або агресивне поведіння	2	3,5	3	3,5		
Тривале перебування у ліжку	2	3,5	3	3,5		
Зовнішній вигляд	1	1,8	2	2,3		
Поводження під час прийому їжі	1	1,8	2	2,3		
Думка медсестер або родичів						
Корисна робота в лікарні	2	3,5	3	3,5	2,0	3,0
Можна дозволити мати сірники	2	3,5	3	3,5		
Відвідування родичів або друзів у вихідні дні	2	3,5	3	3,5		
Спілкування з пацієнтами протилежної статі	3	5,3	4	4,7		
Користування ножицями	2	3,5	3	3,5		
Користування грішми	2	3,5	3	3,5		
Робота поза лікарнею	2	3,5	3	3,5		
Виписки, якщо робота знайдена і є житло	1	1,8	2	2,3		
Може перебувати у відкритій палаті або кімнаті	2	3,5	3	3,5		
Заняття пацієнта						
Прибирання у палаті або приміщенні	2	3,5	3	3,5	2,5	3,5
Трудотерапія поза палатою	3	5,3	4	4,7		
Професійна й індустріальна терапія	3	5,3	4	4,7		
Інша соціальна терапія	2	3,5	3	3,5		
Контакт із зовнішнім світом						
Відвідуємо упродовж минулих 3 міс	2	3,5	3	3,5	2,0	3,0
Відвідує домашню оселю упродовж минулих 3 міс	3	5,3	4	4,7		
Потреба в спостереженні	3	5,3	4	4,7		
Має потребу в інтенсивному спостереженні	3	5,3	4	4,7		
Підсумковий бал, %, середній бал дисфункції	57,0	100,0	86,0	100,0	2,0	3,0

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників  $p \leq 0,05$ . Те саме в табл. 2–6.

Дані свідчать, що за показником «Залученість» пацієнти ГВ у цілому мали високі оцінки за шкалою власної поведінки (Ie) та характеризувалися як такі, що відчувають себе комфортно серед людей, вони демонстрували схильність до спілкування ( $p < 0,05$ ). У свою чергу, за шкалою (Iw) пацієнти демонстрували тенденцію спілкування з великою

кількістю людей ( $p < 0,05$ ). «Залученість» пацієнтів ГК у цілому не змінилася, вони мали низькі оцінки за шкалою власної поведінки (Ie) та характеризувалися як такі, що відчувають себе некомфортно серед людей, демонстрували схильність їх уникати ( $p < 0,05$ ). За шкалою (Iw) пацієнти спілкувалися з невеликою кількістю людей ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2

## Структура дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в обстежених групах

Показники*	Дисфункція														
	немає			мінімальна			очевидна			серйозна			дуже серйозна		
	абс. ч	%	±m	абс. ч	%	±m	абс. ч	%	±m	абс. ч	%	±m	абс. ч	%	±m
Група втручання, <i>n</i> = 80															
1	28	35,0	4,8	33	41,3	4,9	3	3,8	1,9	11	13,8	3,4	5	6,3	2,4
2	29	36,3	4,8	33	41,3	4,9	4	5,0	2,2	10	12,5	3,3	4	5,0	2,2
3	30	37,5		32	40,0	4,9	5	6,3	2,4	7	8,8	2,8	6	7,5	2,6
4	31	38,8		29	36,3	4,8	4	5,0	2,2	9	11,3	3,2	7	8,8	2,8
5		36,9			39,7			5,0			11,6			6,9	
Група контролю, <i>n</i> = 38															
1	2	5,3	2,2	6	15,8	3,6	11	28,9	4,5	12	31,6	4,6	7	18,4	3,9
2	2	5,3	2,2	6	15,8	3,6	12	31,6	4,6	13	34,2	4,7	5	13,2	3,4
3	3	7,9	2,7	5	13,2	3,4	12	31,6	4,6	12	31,6	4,6	6	15,8	3,6
4	3	7,9	2,7	6	15,8	3,6	12	31,6	4,6	11	28,9	4,5	6	15,8	3,6
5		6,6			15,1			30,9			31,6			15,8	

\* 1 — поведінка у палаті; 2 — думка медсестер або родичів; 3 — заняття пацієнтів; 4 — контакт із зовнішнім світом; 5 — частка загальної сукупності, %.

Таблиця 3

## Розподіл вираженості синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в обстежених групах

Вираженість синдрому госпіталізму	Група втручання, <i>n</i> = 80				Група контролю, <i>n</i> = 38			
	середній бал	абс. ч.	%	±m	середній бал	абс. ч.	%	±m
Фаза окремих симптомів (9–23 бали)	9	61	76,3	4,3	13	10	26,3	4,4
Фаза синдрому, що формується (24–47 балів)	30	15	18,8	3,9	34	19	50,0	5,0
Сформований синдром (48–62 бали)	45	4	5,0	2,2	49	9	23,7	4,3
Усього		80	100,0			38	100,0	

За показником «Контроль» пацієнти ГВ мали високі оцінки за шкалою (Ce), що характеризувало їх як таких, що не уникають приймати рішення і брати на себе відповідальність ( $p < 0,05$ ). Високі оцінки за шкалою (Cw) свідчили про те, що пацієнти мають контроль над собою ( $p < 0,05$ ). Пацієнти ГК загалом мали низькі оцінки за шкалою (Ce) й характеризувались як такі, що уникають приймати рішення і брати на себе відповідальність ( $p < 0,05$ ). Низькі оцінки за шкалою (Cw) показують, що пацієнти ГК не приймають контроль над собою ( $p < 0,05$ ).

За показником «Афект» хворі ГВ мали високі оцінки за шкалою (Ae), а отже, вони не уникають встановлення близьких взаємовідносин із людьми ( $p < 0,05$ ). Високі оцінки за шкалою (Aw)

характеризували пацієнтів як таких, що встановлюють глибокі емоційні відносини ( $p < 0,05$ ). Пацієнти ГК загалом мали низькі оцінки за шкалою (Ae), що свідчило про їх уникання встановлення близьких взаємовідносин із людьми ( $p < 0,05$ ). Низькі оцінки за шкалою (Aw) характеризували пацієнтів як таких, що не встановлюють глибоких емоційних відносин ( $p < 0,05$ ).

Пацієнти ГВ із високим середнім балом не мали схильності до компульсивної поведінки ( $p < 0,05$ ). Вони не відчували себе вимушеними здійснювати ірраціональні дії, щоб зменшити напругу ( $p < 0,05$ ). Натомість пацієнти ГК із низьким середнім балом виявляли схильність до компульсивної поведінки ( $p < 0,05$ ), їм були властиві повторювання, цілеспрямована і навмисна поведінка,

Таблиця 4

**Особливості міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні в обстежених групах**

Якості	Шкали	Середній бал		Індекс обсягу інтеракції (e + w), бали		Індекс поведінки (e - w), бали	
		ГВ	ГК	ГВ	ГК	ГВ	ГК
Залученість	le — поведінка особи	3,6±0,2	2,0±0,2	7,0	3,8	0,2	0,2
	lw — поведінка, очікувана від особи	3,4±0,1	1,8±0,1				
Контроль	Se — поведінка особи	3,8±0,4	1,5±0,4	6,7	2,5	0,7	0,5
	Sw — поведінка, очікувана від особи	2,9±0,4	1,0±0,3				
Афект	Ae — поведінка особи	3,8±0,2	2,0±0,2	6,6	3,5	1,0	0,5
	Aw — поведінка, очікувана від особи	2,8±0,2	1,5±0,2				

Примітка. ГВ — група втручання (n = 80), ГК — група контролю (n = 38).

Таблиця 5

**Дослідження оцінки терапевтичного середовища хворими на параноїдну шизофренію у лікарні в обстежених групах**

Параметри оцінки	Група втручання (n = 80)				Група контролю (n = 38)			
	так		ні		так		ні	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нейтральне	49	61,3	31	38,8	8	21,1	30	78,9
Пригнічуюче	31	38,8	49	61,3	13	34,2	25	65,8
Травмуюче	29	36,3	51	63,8	26	68,4	12	31,6
Таке, що виліковує	47	58,8	33	41,3	14	36,8	24	63,2
Комфортне	48	60,0	32	40,0	14	36,8	24	63,2

Таблиця 6

**Порівняльна оцінка терапевтичного середовища у лікарні медичним персоналом**

Параметри оцінки	Оцінка медичним персоналом (n = 47)							
	на початку дослідження				наприкінці дослідження			
	так		ні		так		ні	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нейтральне	15	31,9	32	68,1	27	57,4	20	42,6
Пригнічуюче	0	0,0	47	100,0	4	8,5	43	91,5
Травмуюче	3	6,4	44	93,6	5	10,6	42	89,4
Таке, що виліковує	47	100,0	0	0,0	35	74,5	12	25,5
Комфортне	47	100,0	0	0,0	33	70,2	14	29,8

що виникає як реакція на нав'язливість із метою нейтралізувати психологічний дискомфорт або запобігти йому ( $p < 0,05$ ). Пацієнти ГК відчували себе вимушеними здійснювати ірраціональні дії, щоб зменшити напругу ( $p < 0,05$ ). Свідомий контроль компульсивної поведінки у пацієнтів ГК залишався ускладненим ( $p < 0,05$ ).

Оцінка терапевтичного середовища хворими на параноїдну шизофренію в умовах примусово-

го лікування в обстежених групах після заходів психосоціальної корекції змінилися в обох групах, проте значно відрізнялася між пацієнтами ГВ та ГК (табл. 5). Як нейтральне терапевтичне середовище визначили 61,3% пацієнтів ГВ та 21,1% ГК; як пригнічуюче — 38,8% та 34,2%; як травмуюче — 36,3% та 68,4%; таким, що має лікувальну дію, — 58,8% та 36,8%; комфортним — 60,0% та 36,8% відповідно. Таким чином, можна

стверджувати, що пацієнти ГК залишилися скоріше незадоволені терапевтичним середовищем, тоді як хворі ГВ після психокорекційних заходів були схильні надавати йому більшого значення в контексті оздоровчого впливу.

Результати порівняльної оцінки терапевтичного середовища у лікарні з точки зору медичного персоналу на початку та наприкінці дослідження подано у табл. 6. У цілому оцінки терапевтичного середовища медичним персоналом до і після психоосвітньої роботи з розбору та нівелювання помилкових підходів — позицій медичного персоналу при вирішенні проблем і наданні допомоги хворим значно відрізнялися. Дію терапевтичного середовища на початку дослідження як нейтральну визначили 31,9% медичних працівників, наприкінці — 57,4%. Терапевтичне середовище як пригнічуюче наприкінці дослідження розглядали 8,5% медичних працівників (на початку дослідження його таким не називали); як травмуюче — 6,4% та 10,6%; таке, що сприяє лікуванню, — 100,0% і 74,5%; комфортне, — 100,0% і 70,2% відповідно. Таким чином, можна стверджувати, що медичний персонал у процесі дослідження змінив власну думку щодо безальтернативного оздоровчого впливу терапевтичного середовища на пацієнта у стаціонарі.

У цілому ефективність інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції ГДПЛ визначалась як «з позитивним ефектом» та «без позитивного ефекту». Так, у пацієнтів ГВ після проведення заходів психосоціальної корекції «позитивний ефект» відзначено у 68,0%, а у ГК лише в 21,0% випадків ( $p < 0,05$ ). У свою чергу, низький «позитивний ефект» спостерігався у 32,0% обстежених ГВ та 79,0% пацієнтів ГК ( $p < 0,01$ ).

Узагальнюючи результати аналізу ефективності розробленого інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції ГДПЛ у хворих на параноїдну шизофренію, в ГВ можна спостерігати зміну структури спілкування ( $p < 0,05$ ), встановлення нових зв'язків, зокрема з іншими пацієнтами, які входили до групи, розширення міжособистісного спілкування ( $p < 0,05$ ), розвиток здатності до цілеспрямованої діяльності ( $p < 0,05$ ), підвищення соціальної компетентності та адекватності ( $p < 0,05$ ), нівелювання дефіцитарних соціальних навичок ( $p < 0,05$ ). Слід відзначити зменшення рецидивів ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів ГВ, у ГК такі зміни були нестійкими, тимчасовими та швидко руйнувалися ( $p < 0,05$ ).

«Коефіцієнт» ефективності запропонованих заходів порівняно зі стандартними за суб'єктивним показником якості функціонування хворих становив через 3 міс — 47%, через 6 міс — 22%.

Окремим етапом було дослідження вмотивованості пацієнтів брати участь у корекційних і профілактичних заходах. Установлено, що один і той самий показник у пацієнтів із високою вмотивованістю може не мати значущості за впливом, а при низькій вмотивованості його значення за впливом збільшується ( $p < 0,01$ ). Таку ситуацію можна пояснити тим, що, хоча усі пацієнти мали стійкий психічний дефект, проте ступінь його вираженості був різний (переважання певної негативної симптоматики) і, як наслідок, спричиняв різний вплив на формування психосоціального — госпітального «дефекту» функціонування.

За результатами досліджень до загальних (власних, з одного боку, пацієнту, з іншого — умовам стаціонару) психосоціальних предикторів, які знижують умотивованість до участі у психосоціальних заходах, віднесено:

- когнітивні розлади у пацієнта;
- «стигматизацію» хворих медичним персоналом;
- неадекватну програму психосоціальної корекції;
- побічні ефекти медикаментозної терапії;
- відсутність віри в успіх лікування;
- відсутність у пацієнта розуміння характеру хвороби, етапів її розвитку та ускладнень;
- «слабкий» зв'язок між пацієнтом і медичним персоналом;
- наявність перепон із боку інфраструктури стаціонару щодо отримання медичної допомоги;
- порушення терапевтичної схеми.

У дослідженні виявлено чинники, які відіграють провідну роль у формуванні низької умотивованості пацієнтів (є перепонами) до участі у заходах психосоціальної корекції, а саме: недостатній контакт (рапорт) із особою, що реалізує заходи психосоціальної корекції і профілактики; погане розуміння суті захворювання і користі заходів психосоціальної корекції; недостатнє розуміння кінцевої мети заходів психосоціальної корекції; складні схеми заходів психосоціальної корекції без урахування умов стаціонару; порушення режиму (схеми) заходів психосоціальної корекції.

На підставі вищевикладеного запропоновано основні стратегії оптимізації здатності пацієнта в умовах примусового лікування підтримувати високу вмотивованість до участі у заходах психосоціальної корекції:

- ідентифікацію низької умотивованості до заходів психосоціальної корекції;
- пошук маркерів низької умотивованості (аналіз відмови від сеансу, відсутність відгуку на терапію);
- спрощення впливу заходів психосоціальної корекції до доступної форми;
- підкреслення позитивних змін від заходів психосоціальної корекції;

впровадження заходів заохочення як на рівні пацієнта, так і на рівні медичного персоналу відділення;

урахування фармакологічного впливу медикаментозної терапії.

За даними проведених досліджень можна зробити узагальнення, що за умов нівелювання чинників низької умотивованості пацієнтів до участі в заходах психосоціальної корекції шляхом використання запропонованих стратегій оптимізації здатності хворого та медичного персоналу підтримувати високий рівень умотивованості, встановлено достовірні позитивні зміни в усіх сферах стаціонарного функціонування пацієнтів і їхньої міжособистісної поведінки. Отже, в результаті застосування інтегративного комплексу заходів психосоціальної корекції:

1) покращилося дотримання пацієнтами режиму лікарської терапії. Кількість пацієнтів у ГВ, що приймали лікувальні засоби, була достовірно вищою, ніж у ГК ( $p < 0,01$ );

2) знизилася загальна напруга пацієнтів. Використання пацієнтами деструктивних форм психологічного захисту (почуття провини, дратівливості, збуджено-емоційних та афективно окреслених переживань, агресії тощо) та неконструктивних видів копінг-стратегій зменшилося на 60% порівняно з етапом включення у програму та на 77% порівняно зі станом хворих ГК;

3) виявлено достовірний вплив запропонованих заходів психосоціальної корекції на вибір хворими адаптивних типів пристосування у стаціонарі із використанням критичних уявлень та аналізу самооцінки, а недеструктивних за змістом й хаотичних за виникненням (без критичної оцінки та аналізу самооцінки) ( $p < 0,01$ );

4) на думку медичного персоналу, госпітальне функціонування змінилося на концентрування допомоги хворому з урахуванням позитивних впливів потенціалу стаціонару, а саме: доброзичливого оточення, зниження ситуацій стресів, порозуміння між медичним персоналом та хворим. Тип взаємодії у стаціонарі більшістю медичних

працівників характеризувався як конструктивний (гармонійний). У цілому по відношенню до хворого у медичного персоналу зменшилися тривога, невдоволеність, протидія його соціалізації. Контакт із хворими став більш продуктивним, а очікування від нього більш реальними.

#### Список літератури

1. *Стяжкин В. Д.* Влияние арипипразола на качество ремиссии у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2010.— № 2.— Режим доступа к журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/19670>.
2. *Стяжкин В. Д.* Сероквель в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при принудительном лечении [Электронный ресурс] / В. Д. Стяжкин, Л. А. Тарасевич // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2006.— № 5.— Режим доступа к журн.: <http://www.consilium-medicum.com/article/11022>.
3. *Мосолов С. Н.* Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов.— М., 2001.— С. 96–144.
4. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use.— Geneva: WHO, 1988.— 96 p.
5. *Путятин Г. Г.* Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г. Г. Путятин // Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л.— Донецк: Каштан, 2009.— С. 65–110.
6. Психологическая диагностика; под ред. М. К. Акимовой, К. М. Гуревича.— 3-е изд., перераб. и доп.— СПб.: Питер, 2003.— С. 333–335.
7. *Шестопалова Л. Ф.* Вивчення системи оцінок та уявлень хворих щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Арх. психіатрії.— 2008.— № 1.— С. 60–63.

### ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е. М. ЦАРЕНКО

**Приведены данные об эффективности разработанного интегративного комплекса мер психосоциальной коррекции госпитальной дезадаптации у больных параноидной шизофренией в условиях принудительного лечения. Сделан вывод о результативности предложенных мер, направленных на повышение уровня социального функционирования, межличностного взаимодействия пациентов и гармонизации влияния терапевтической среды, по сравнению со стандартной терапией.**

*Ключевые слова:* госпитальная дезадаптация в условиях принудительного лечения, больные параноидной шизофренией, психосоциальная коррекция.

**PSYCHOSOCIAL CORRECTION OF HOSPITAL DEADAPTATION IN PATIENTS  
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN CONDITIONS OF COERCIVE TREATMENT**

O. M. TSARENKO

**The data about the efficacy of the developed integrative set of measures of hospital deadaptation psychosocial correction in patients with paranoid schizophrenia under the conditions of coercive treatment are reported. The author concludes about the effectiveness of the proposed measures aimed at improving social functioning, interpersonal interaction between the patients and harmonizing influence of therapeutic environment, compared with the standard therapy.**

*Key words: hospital deadaptation under the conditions of coercive treatment, patients with paranoid schizophrenia, psychosocial correction.*

---

*Надійшла 10.10.2013*