

В. В. Сорока

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У МУЖЧИН

В. В. Сорока

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РЕАКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ

V. V. Soroka

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF NEUROTIC REACTIONS IN MEN

Обследованы 80 пациентов с расстройствами адаптации, посттравматическим стрессовым расстройством.

Пациенты с невротическими реакциями были обследованы с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. У мужчин на первое место вышла тревожно-фобическая симптоматика, у женщин — тревожно-депрессивная.

Анализ клинического симптомокомплекса, обозначаемого пациентами как главное проявление болезни, выявил, что в группе «Мужчины» оказались наиболее представлены тревога, страх, агрессия и аутоагрессия, в группе «Женщины» ведущими оказались снижение настроения и снижение самооценки, телесные сенсации, тревога.

Максимальная выраженность страха, тревоги отмечалась у пациентов, переживших реальную угрозу жизни.

Спустя 2—3 недели после психогении на первый план выступали не свойственные ранее пациентам раздражительность и конфликтность, а в соматоневрологическом статусе обнаруживались гипертензивные состояния и кардиалгии. Формировалось избегающее поведение на фоне панических атак. В совокупности эта симптоматика вызывала у пациентов с невротическими реакциями состояние выраженного дистресса и нарушение социального функционирования.

С учетом возможности неблагоприятного течения невротических реакций, их своевременная и адекватная терапия является превенцией для развития более тяжелой психической патологии.

Ключевые слова: невротические реакции, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, мужчины

Обстежено 80 пацієнтів з розладами адаптації, посттравматичним стресовим розладом.

Пацієнти з невротичними реакціями були обстежені за допомогою опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R. У чоловіків на перше місце вийшла тривожно-фобічна симптоматика, у жінок — тривожно-депресивна.

Аналіз клінічного симптомокомплексу, позначуваного пацієнтами як головний прояв хвороби, виявив, що в групі «Чоловіки» виявилися найбільш представлені тривога, страх, агресія і аутоагресія, у групі «Жінки» провідними виявилися зниження настрою і зниження самооцінки, тілесні сенсації, тривога.

Максимальна вираженість страху, тривоги відзначалася у пацієнтів, які пережили реальну загрозу життю.

Через 2—3 тижні після психогенії на перший план виступали не властиві раніше пацієнтам дратівливість та конфліктність, а в соматоневрологічному статусі виявлялися гіпертензивні стани і кардіалгії. Формувалася поведінка уникнення на тлі паничних атак. У сукупності ця симптоматика викликала у пацієнтів з невротичними реакціями стан вираженого дистресу та порушення соціального функціонування.

З урахуванням можливості несприятливого перебігу невротичних реакцій, їх своєчасна і адекватна терапія є превенцією для розвитку більш тяжкої психічної патології.

Ключові слова: невротичні реакції, розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад, чоловіки

Examined 80 patients with adjustment disorder, post-traumatic stress disorder.

Patients with neurotic reactions were surveyed by means of a questionnaire of expressiveness of psychopathological symptomatology of SCL-90-R. Men to the first place had anxious and phobic symptoms, and at women — anxious-depressive.

Analysis of the clinical symptom complex, denoted by patients as the main manifestation of the disease revealed that in the group of "Men" were represented by anxiety, fear, aggression and autoaggression. In the group "Women" were leading low mood and decreased self-esteem, and bodily sensations, anxiety.

Maximum severity of fear, anxiety was observed in patients, survivors of a real threat to life.

After 2—3 weeks after psychogenic on the first plan were not peculiar previously patients irritability and conflict, and in somatic and neurologic status were found hypertensive status and cardialgia. Formed avoidant behavior against the background of panic attacks. In combination, these symptoms caused patients with neurotic reactions state expressed distress and impaired social functioning.

Taking into account the possibility of unfavorable neurotic reactions, their timely and adequate therapy is prevention for the development of a more severe mental pathology.

Keywords: neurotic reactions, adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, men

Психические расстройства, возникающие в ответ на однократное или постоянное стрессовое воздействие, традиционно рассматривались отечественными психиатрами в рамках неврозов или декомпенсаций психопатий.

В МКБ-10 к рубрике «Реакция на тяжелый стресс и расстройство приспособительных реакций» отнесены расстройства, которые всегда рассматриваются как непосредственное следствие острого тяжелого стресса или продолжительного травмирования. При этом особо подчеркивается, что стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором и возникшее расстройство не могло бы возникнуть без их влияния.

Невротические реакции, согласно МКБ-10, представлены острой реакцией на стресс, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и расстройством адаптации.

В настоящее время отечественными и зарубежными исследователями опубликовано значительное число работ, посвященных проблеме ПТСР [1, 3, 6, 7].

В последние годы само понятие ПТСР и причины его возникновения претерпели качественные изменения, и в современном понимании условия, predisposing к возникновению симптомов ПТСР, выходят за рамки военных действий, техногенных или природных катастроф или иных запредельных для психики людей ситуаций, характеризующихся массовостью поражения и угрозой для жизни [7, 16]. Вместе с тем, до настоящего времени нет четких

указаний об особенностях клинической динамики, систематики, дифференциации ПТСР с расстройствами адаптации [9, 12, 15].

Между тем, по данным отечественных и зарубежных исследователей, частота выявления расстройств адаптации у пациентов различных возрастных категорий варьирует от 1 до 24 % [2, 4, 5, 11]. Среди пациентов общемедицинской сети она особенно высока и достигает 5—51 % [12, 18, 21].

Расстройство адаптации диагностируется у одной трети молодых людей, которые кончают жизнь самоубийством, в то время как в развивающихся странах у лиц, совершивших завершённый суицид, этот диагноз является самым распространённым [10, 13, 15, 17].

Высокая распространённость расстройств адаптации [4, 11], недостаточная определённость клинических проявлений [8, 12, 13], а также сложности дифференциальной диагностики и прогноза [17, 20], обуславливают актуальность изучения этой группы состояний.

Было обследовано 80 человек, обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу — Медико-Психологический Центр (г. Донецк).

Основную группу составили 50 мужчин, группу сравнения — 30 женщин.

Критериями включения в исследование явились: наличие у больных невротического состояния, развившегося в связи с психотравмирующей ситуацией; присутствие в переживаниях психотравмирующих обстоятельств с зависимостью клинических проявлений от их интенсивности и улучшением состояния больного при разрешении психотравмы.

В группе значительно преобладали лица работоспособного возраста (20—45 лет). В возрасте 20—25 лет было 39 человек (48,75 %); 26—30 лет — 19 человек (23,75 %); 31—35 лет — 14 человек (17,5 %); 36—40 лет — 5 человек (6,25 %); 41—45 лет — 3 человека (3,75 %).

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, психологический, статистический. Основной психодиагностической методикой явился опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (разработанный L. R. Derogatis, адаптированный Н. В. Тарабриной), предназначенный для определения ведущей симптоматики у больных с нервно-психическими расстройствами.

Невротические реакции в исследуемых группах были представлены следующими нозологическими единицами: расстройства адаптации (F43) и посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Данные о распределении пациентов с невротическими реакциями по нозологии в соответствии с критериями МКБ-10 представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение групп пациентов с невротическими реакциями по нозологии в соответствии с критериями МКБ-10

| Диагноз | Шифр | Мужчины | | Женщины | |
|--|--------|---------|-----|---------|------|
| | | абс. | % | абс. | % |
| Реакция на тяжелый стресс и расстройство приспособительных реакций | F43 | 50 | 100 | 30 | 100 |
| Посттравматическое стрессовое расстройство | F43.1 | 6 | 12 | 3 | 10 |
| Расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции | F43.21 | 3 | 6 | 14 | 46,7 |
| Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции | F43.22 | 24 | 48 | 8 | 26,7 |
| Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций | F43.23 | 12 | 24 | 5 | 16,7 |
| Расстройство адаптации в виде смешанного расстройства эмоций и поведения | F43.25 | 5 | 10 | — | — |

Для объективизации клинических данных пациенты с невротическими реакциями были обследованы с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Данные представлены в таблице 2.

Как следует из данных таблицы 2, в группе «Мужчины» и в группе «Женщины» отмечено значимое повышение по сравнению с нормой по всем шкалам, за исключением показателей «Психотизм» и «Паранойяльность».

Однако у мужчин на первое место вышла тревожно-фобическая симптоматика, а у женщин — тревожно-депрессивная. Кроме того, у мужчин относительно более выраженной по сравнению с женщинами оказалась шкала враждебности.

У 52 % больных группы «Мужчины» отмечался высокий уровень раздражительности и агрессивности, что приводило к частым внутрисемейным конфликтам, а в 20 % случаев частые конфликты происходили и вне семьи.

Таблица 2

Показатели симптоматического опросника SCL-90-R для группы обследованных с невротическими реакциями

| Шкалы | Группы обследуемых | | Нормативные показатели |
|-------------------------------------|--------------------|---------------|------------------------|
| | Мужчины | Женщины | |
| | <i>M ± SD</i> | <i>M ± SD</i> | |
| SOM (Соматизация) | 1,13 ± 0,14 | 1,84 ± 0,14 | 0,36 |
| O-C (Обсессивность-компульсивность) | 0,97 ± 0,08 | 0,9 ± 0,07 | 0,39 |
| INT (Межличностная тревожность) | 1,07 ± 0,07 | 0,96 ± 0,05 | 0,29 |
| DEP (Депрессивность) | 1,15 ± 0,05 | 1,78 ± 0,12 | 0,36 |
| ANX (Тревожность) | 1,87 ± 0,17 | 1,43 ± 0,16 | 0,3 |
| HOS (Враждебность) | 1,3 ± 0,04 | 0,99 ± 0,06 | 0,3 |
| PHOB (Фобии) | 1,49 ± 0,16 | 0,95 ± 0,07 | 0,13 |
| PAR (Паранойяльность) | 0,3 ± 0,06 | 0,26 ± 0,05 | 0,34 |
| PSY (Психотизм) | 0,18 ± 0,05 | 0,12 ± 0,03 | 0,14 |
| GSI (Общий симптоматический индекс) | 1,41 ± 0,06 | 1,39 ± 0,54 | 0,31 |

Обсессивність була виявлена в 4 спостереженнях у пацієнтів з ПТСР в групі «Мужчини». Дане стан проявлялось почуттям немотивованої тривоги і страху, нав'язливими спогадами психотравмуючого події.

Мужчини з невротическими реакціями описували тривожність як почуття внутрішньої напруженості, приводивше до настороженості, «очікуванню неприємностей» і створювавше тягостний душевний дискомфорт. Тревога при цьому виступала або як основне проявлення порушення адаптації, або як базис, на якому формувались інші психопатологічні або психосоматичні проявлення.

З метою дослідження клінічної картини захворювання нами було проведено аналіз клінічного симптомокомплексу, позначеного пацієнтами як головне проявлення хвороби (табл. 3).

В групі «Мужчини» опинились найбільш представленими тривога, страх, агресія і аутоагресія, в той час як в групі «Жінки» домінуючими опинились зниження настрою і зниження самооцінки, телесні сенсації, тривога.

Таблиця 3

Показатели компонентов невротических реакций для изучаемых групп¹

| Показатели | Мужчины | | Женщины | |
|--|---------|----|---------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Слабость | 15 | 30 | 21 | 70 |
| Утомляемость | 22 | 44 | 23 | 76,7 |
| Цефалгия | 18 | 36 | 26 | 86,7 |
| Неприятные ощущения в различных частях тела | 16 | 32 | 28 | 93,3 |
| Мышечное напряжение (локальное или генерализованное) | 27 | 54 | 12 | 40 |
| Вегетативные дисфункции | 34 | 68 | 27 | 90 |
| Утрата интересов | 26 | 52 | 28 | 93,3 |
| Сензитивность | 29 | 58 | 30 | 100 |
| Снижение настроения | 30 | 60 | 27 | 90 |
| Снижение самооценки | 37 | 74 | 30 | 100 |
| Трудности концентрации внимания | 24 | 48 | 26 | 86,7 |
| Витализация аффекта | 26 | 52 | 22 | 73,3 |
| Эмоциональная лабильность | 36 | 72 | 25 | 83,3 |
| Физическая истощаемость | 31 | 62 | 21 | 70 |
| Психическая истощаемость | 30 | 60 | 18 | 60 |
| Трудности засыпания | 32 | 64 | 19 | 63,3 |
| Ранние пробуждения | 34 | 68 | 21 | 70 |
| Бессонница в течение ночи | 33 | 66 | 17 | 56,7 |
| Аутоагрессивное поведение | 46 | 92 | 7 | 23,3 |
| Враждебное поведение | 48 | 96 | 10 | 33,3 |
| Тревога | 47 | 94 | 13 | 43,3 |
| Флешбеки | 7 | 14 | 3 | 10 |
| Страх | 46 | 92 | 11 | 36,7 |

¹ Количество приведенных в таблице признаков больше, чем число обследованных, так как у многих из пациентов встречается несколько симптомов и состояний

Максимальная выраженность страха, тревоги отмечалась у пациентов, переживших реальную угрозу жизни. В группе «Мужчины» такими пациентами (6 человек) являлись шахтеры, пережившие аварию на производстве, в группе «Женщины» — пациентки (3 человека), пережившие ДТП с угрозой для жизни.

Мощное экстремальное воздействие приводило к развитию неспецифических психогенных реакций,

основу которых составлял страх различной интенсивности.

Спустя 2—3 недели после психогении на первый план выступали не свойственные ранее раздражительность и конфликтность, а в соматоневрологическом статусе обнаруживались гипертензивные состояния и кардиалгии. Формировалось избегающее поведение на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены «флешбек» не носили значительного тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект был представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями.

В дальнейшем проявления ПТСР характеризовались соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией ощущений в сердечно-сосудистой (61 %) и желудочно-кишечной (39 %) системах.

Расстройство адаптации было выражено различными симптомами психоэмоциональных нарушений: ситуационная тревога была выявлена у 47 (94 %) пациентов группы «Мужчины» и 13 (43,3 %) пациенток группы «Женщины»; снижение настроения отмечалось у 30 (60 %) пациентов группы «Мужчины» и 27 (90 %) пациенток группы «Женщины»; эмоциональная лабильность наблюдалась у 36 (72 %) пациентов группы «Мужчины» и 25 (83,3 %) пациенток группы «Женщины».

В совокупности эта симптоматика вызвала у пациентов с невротическими реакциями состояние выраженного дистресса и нарушение социального функционирования.

Наряду с определением названных общих критериев расстройств приспособительных реакций (F43.2 по МКБ-10), у каждого больного были уточнены преобладающие в клинической картине признаки.

Среди обследованных мужчин с расстройством адаптации доминировали больные (24 человека; 48%) со смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22). Были отчетливо выражены тревожные и депрессивные симптомы, возникающие в тесной связи со значимыми жизненными переменами. Также в 12 случаях (24 %) данным пациентам установлен диагноз: Расстройство адаптации с преобладанием тревоги (F43.23).

Среди обследованных женщин с расстройством адаптации доминировали больные (14 пациенток; 46,7 %) с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21). У данных больных выявлялось длительное депрессивное состояние в ответ на стрессовую ситуацию, продолжительностью не более 2-х лет.

У 5 пациентов группы «Мужчины» были отмечены расстройства адаптации в виде смешанного расстройства эмоций и поведения (6,25 % от общего числа наблюдений).

У пациентов с психоэмоциональными нарушениями вследствие психогении выраженность ведущей психопатологической симптоматики по данным симптоматического опросника SCL-90-R оказалась в диапазоне невротического регистра. У мужчин на первое место вышла тревожно-фобическая симптоматика, а у женщин — тревожно-депрессивная.

В совокупности эта симптоматика вызвала у пациентов с невротическими реакциями состояние выраженного дистресса и нарушение социального функционирования, что требует совершенствования диагностики и терапии данных состояний.

Список літератури

1. Александров Е. О. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника, лечение / Е. О. Александров. — Новосибирск: Сибвузиздат, 2000. — 160 с.
2. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — Т. 14. — № 6. — С. 18—23.
3. Вяткина В. А. Посттравматическое стрессовое состояние. Посттравматические стрессовые состояния / В. А. Вяткина // Соц. и клин. психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 27—29.
4. Гореликов И. В. Депрессивные проявления при адаптационных расстройствах / И. В. Гореликов // Тюменский Медицинский Журнал. — 2007. — № 1 — С. 9—10.
5. Гореликов И. В. Проявления социальной и трудовой дезадаптации при депрессивно-тревожных расстройствах / И. В. Гореликов // «Современные направления теоретических и прикладных исследований»: сб. науч. тр. по материалам междунар. науч.-практ. конф. — Одесса, 2007. — С. 41—47.
6. Кекелидзе З. И. Психиатрия чрезвычайных ситуаций / З. И. Кекелидзе, А. М. Черников, А. Б. Шукин // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии: сб. науч. тр. [под ред. Ю. А. Александровского]. — М., 1997. — С. 310—330.
7. Краснов В. Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 2. — С. 5—10.
8. Исаева Е. Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: дис. на соискание уч. степени д-ра псих. наук: 19.00.04 / Исаева Елена Рудольфовна. — СПб., 2010. — 367 с.
9. Шифнер Н. А. Клиническая характеристика адаптационных расстройств у студентов / Н. А. Шифнер // Взаимодействие науки и практики: материалы российской конференции. — М., 2007. — С. 80—81.
10. Шифнер Н. А. Типология расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер // Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: сб. науч. материалов конф. «Психиатрия глазами молодых ученых». — Тула, 3—6 сентября 2008. — М.: ФГУ ГНЦССП Росздава, 2008. — С. 146—151.
11. Casey P. Adjustment disorders: the state of the art / P. Casey, S. Bailey // World Psychiatry. — 2011. — Vol. 10. — P. 11—18.
12. Casey P. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN / Casey P., Maracy M., Kelly B. D. // Journal Affect Disorders. — 2006. — Vol. 92(2—3). — P. 291—297.
13. Adjustment disorder: a review of diagnostic pitfalls / [Gur S., Hermesh H., Laufer N. et al.] // Israel Medical Association Journal. — 2005. — Vol. 7. — P. 726—731.
14. For-Wey L. The premorbid personality in military students with adjustment disorder / For-Wey L., Fin-Yen L., Bih-Ching S. // Military Psychology. — 2006. — Vol. 18. — P. 77—88.
15. Suicidality in adjustment disorder, clinical characteristics of adolescent outpatients / [Pelkonen M., Marttunen M., Henriksson M. et al.] // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. — 2005. — Vol. 14. — P. 174—180.
16. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future / J. M. Pierre // Journal Psychiat. Pract. — 2010. — Vol. 16 (6). — P. 375—386.
17. Portzky G. The suicidal process in young adolescents / G. Portzky, C. Van Heeringen // Psychiatr Danub. — 2006. — Vol. 18 (Suppl 1). — P. 56.
18. Rigatelli M. Consultation psychiatry in obstetrics and gynaecology / Rigatelli M., Galeazzi G. M., Palmieri G. // Journal Psychosom Obstet. Gynaecol. — 2002. — Vol. 23. — P. 165—172.
19. Strain J. The adjustments disorders: the conundrums of the diagnoses / J. Strain, A. Diefenbacher // Compr. Psychiatry. — 2008. — Vol. 49. — P. 121—130.
20. Takei N. Diagnostic ambiguity of subthreshold depression: minor depression vs. adjustment disorder with depressive mood / N. Takei, G. Sugihara // Acta Psychiatr Scand. — 2006. — Vol. 114(2) — P. 144.
21. Ward M. J. Attachment and psychopathology in a community sample / Ward M. J., Lee S. S., Polan H. J. // Attach Hum Dev. — 2006. — Vol. 8(4). — P. 327—340.

Надійшла до редакції 24.09.2013 р.

СОРОКА Владимир Викторович, врач-психиатр Областной клинической психоневрологической больницы — Медико-Психологический Центр, г. Донецк, e-mail: 39_9@mail.ru

SOROKA Vladimir Viktorovich, Psychiatrist of the Regional clinical psychoneurological Hospital — Medical-Psychological Center, Donet'sk, e-mail: 39_9@mail.ru

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

О. М. Царенко
**АНАЛІЗ ОСОБИСТІСНИХ, МІЖОСОБИСТІСНИХ І СЕРЕДОВИЩНИХ ЧИННИКІВ
 В АСПЕКТІ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ
 У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

Е. М. Царенко
**АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ, МЕЖЛИЧНОСТНЫХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ
 В АСПЕКТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
 У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

H. M. Tsarenko
**ANALYSIS OF PERSONAL, INTERPERSONAL AND ENVIRONMENTAL FACTORS
 IN THE ASPECTS OF MALADJUSTMENT UNDER COMPULSORY TREATMENT
 IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA**

На основі комплексного обстеження 118 пацієнтів з параноїдною шизофренією, що перебувають на примусовому лікуванні, проаналізована роль особистісних (когнітивних, емоційних, поведінкових), міжособистісних та середовищних чинників як факторів ризику розвитку госпітальної дезадаптації в умовах примусового лікування, що стало основою для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції і профілактики.

Ключові слова: госпітальна дезадаптація в умовах примусового лікування, хворі на параноїдну шизофренію

На основе комплексного обследования 118 пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, проанализирована роль личностных (когнитивных, эмоциональных, поведенческих), межличностных и средовых особенностей как факторов риска развития госпитальной дезадаптации в условиях принудительного лечения, что стало основой для дальнейшей разработки мероприятий ее психосоциальной коррекции и профилактики.

Ключевые слова: госпитальная дезадаптация в условиях принудительного лечения, больные параноидной шизофренией

On the basis of a comprehensive survey of 118 patients with paranoid schizophrenia who are on compulsory treatment, analyzed the role of personality (cognitive, emotional, behavioral), interpersonal and environmental peculiarities as risk factors for hospital disadaptation in compulsory treatment, that formed the basis for further development of measures of psychosocial adjustment and prevention.

Keywords: hospital exclusion in compulsory treatment, patients with paranoid schizophrenia