

УДК 616.89-008:004-036-07-084

Н. Є. ІВАЩЕНКО

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ПСИХОКОРЕКЦІЄЮ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: комплексна реабілітація, параноїдна шизофренія, внутрішня картина хвороби, диференційована психокорекція

Вступ. Параноїдна шизофренія досі залишається актуальною проблемою сучасної медицини, що зумовлено її високою поширеністю та недостатньою ефективністю існуючих методів лікування та реабілітації, а як наслідок – значним впливом хвороби на соціальну та трудову адаптацію пацієнтів, зниженням якості їх життя [10; 14; 15].

Патогенез шизофренії вважається мультифакторним, його вивчення вимагає мультидисциплінарного підходу. Тому традиційна психіатрична практика з переважним використанням методів фармакотерапії, яка недостатньо враховує індивідуальні риси пацієнтів та їх соціальні особливості, виявляється неповноцінною. На основі біологічної терапії має бути розгорнута диференційована реабілітаційна програма, що дозволить використовувати максимум збережених у хворого компенсаторних можливостей [2; 4; 5].

Нині реабілітація розглядається як багатоетапний динамічний процес, метою якого є відновлення особистісного і соціального статусу хворого і який повинен починатися якомога раніше, оскільки в початковому періоді хвороби закладаються основні тенденції пристосувальної поведінки, які багато в чому визначають як характер, так і рівень фактичної адаптації, що досягається хворим надалі [6; 8; 9; 11].

Для проведення реабілітаційних заходів необхідна співпраця з пацієнтом, можлива лише за наявності достатнього рівня усвідомлення хвороби. Психотерапевтична корекція усвідомлення захворювання повинна починатися з найбільш ранньої стадії становлення ремісії [1].

У зв'язку з вищевикладеним, особливого значення набуває дослідження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) пацієнта із шизофренією. Дослідження цього

питання при шизофренії нечисленні і носять переважно описовий характер [3; 7; 12; 13].

На сьогодні практично відсутні спроби розробки комплексу реабілітаційних заходів з урахуванням типології ВКХ при цьому захворюванні.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності комплексу реабілітаційних заходів з диференційованою психокорекцією внутрішньої картини хвороби, розробленого для хворих на параноїдну шизофренію на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей захворювання, ставлення до хвороби і соціального функціонування цих осіб.

Матеріали і методи. Були використані такі методи дослідження, як клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих діагностичних підходах з використанням при інтерв'юванні пацієнта досвідчених діагностичних критеріїв МКХ-10. Для уточнення ступеня вираженості розладів застосовувалася шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS).

Комплекс психодіагностичних методик складався з: методики діагностики типу ставлення до хвороби ТОБОЛ (Вассерман Л. І. та ін., 2005); методики Life Style Index Келлермана-Плутчика для визначення МПЗ і шкали персонального і соціального функціонування (PSP).

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм здійснювали за допомогою програми Excel та статистичного пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS for Windows (версія 20.0). Математико-статистичний аналіз даних здійснювався методом описової статистики (визначення середнього у групі і стандартного відхилення).

На першому етапі дослідження було обстежено 120 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ). Обстежені хворі на ПШ були представлені рівномірно жінками та чоловіками у віці від 18 до 62 років, середній вік складав $36,82 \pm 9,94$ років. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України. Після досягнення часткової ремісії (приблизно 14–21 день проведення психофармакотерапії), здійснювалося вивчення особливостей клініко-психопатологічних проявів за допомогою клінічного опитувальника PANSS, психодіагностичних методик вивчення ВКХ і соціального функціонування пацієнтів з ПШ.

На другому етапі усіх пацієнтів було поділено на 2 групи. Основну групу склали 80 осіб, яким проводили розроблений на основі отриманих результатів власних досліджень реабілітаційний комплекс (РК) з диференційованою психокорекцією в залежності від ВКХ. До контрольної групи увійшли 40 хворих, які в зв'язку з організаційними причинами отримували лише стандартну у лікарні реабілітаційну допомогу.

На заключному етапі (через 3 та більше місяців від початку проведення РК) оцінювали ефективність впровадження розробленого комплексу шляхом порівняння клініко-психопатологічних та психодіагностичних показників, що вивчалися.

Результати дослідження та їх обговорення. За діагностичними критеріями МКХ-10 із загальної кількості синдромів у обстежених виявлено превалювання галюцинаторно-параноїдного (37,5%), параноїдного (15,0%), депресивно-параноїдного (13,3%), афективно-параноїдного (12,5%) та депресивного (10,0%) синдромів. Захворювання частіше протікало за безперервно-прогресивним (51,7%) і приступоподібно-прогресивним (35,8%) типом.

За шкалою PANSS загальний середній бал склав $80,93 \pm 12,36$, за шкалою позитивних синдромів – $16,76 \pm 4,7$, за шкалою негативних синдромів – $21,93 \pm 4,15$, загально-психопатологічних – $42,08 \pm 6,88$, що свідчило про переважання в клінічній картині захворювання негативних синдромів. Причому превалювала негативна симптоматика більш глибокого ступеня вираженості у порівнянні з позитивною і загальною психопатологічною симптоматикою. Середній бал зниження критики становив $3,91 \pm 0,71$, рівень депресивної симптоматики становив $2,72 \pm 0,97$.

При дослідженні рівня соціального функціонування за допомогою шкали персонального і соціального функціонування (PSP) виявлено, що більша частина пацієнтів (72,5%) мали сильно або значно виражені труднощі в більшості сфер соціального функціонування. Достовірно найбільш вираженими були порушення у сфері соціально-корисної діяльності, включаючи роботу і навчання, і у відносинах із близькими. Найменш вираженими були порушення у сфері самообслуговування. Істотні порушення, пов'язані з проблемною поведінкою (порушена або агресивна), були представлені у 39,2% обстежених хворих.

При аналізі частоти виникнення різних типів ставлення до хвороби за методикою ТОБОЛ ми виявили, що тільки у 63 (52,5%) хворих на параноїдну шизофренію визначається чистий варіант ВКХ (табл. 1).

Найчастішим серед типів ставлення до хвороби виявився ергопатичний (стенічний), другим за частотою став сенситивний тип, третім виявився анозогностичний тип ставлення до хвороби.

Розгляд взаємовпливу психопатологічної симптоматики і ВКХ виявив, що позитивна психопатологічна симптоматика достовірно корелювала тільки з параноїдним типом ВКХ ($r=0,197$ при $p<0,05$). Наявність негативної симптоматики перешкоджала виникненню адаптивної ВКХ за стенічним типом ($r=-0,181$ при $p<0,05$) і сприяла прояву дезадаптивних варіантів ВКХ з інтрапсихічною спрямованістю (апатичний $r=0,344$, меланхолійний $r=0,308$ й іпохондричний $r=0,252$ при $p<0,01$). Більша збереженість критики у хворих на ПШ супроводжувалася реагуванням за сенситивним типом ($r=-0,265$ при $p<0,01$).

Одним з факторів, що бере участь у формуванні ВКХ, є структура МПЗ та їх напруженість. За допомогою опитувальника Індекс життєвого стилю ми виявили, що в досліджуваній групі хворих на шизофренію найбільш вираженими були такі МПЗ, як інтелектуалізація, проєкція і заперечення (табл. 2). Серед хворих з вираженим

Таблиця 1

Частота зустрічальності варіантів типів відношення до хвороби у пацієнтів з ПШ

Варіанти ВКХ	Кількість хворих	
	Абс.	%
Чисті варіанти	63	52,5
Ергопатичний	31	25,8
Сенситивний	16	13,3
Анозогнозичний	11	9,2
Гармонійний	1	0,8
Меланхолійний	1	0,8
Неврастенічний	1	0,8
Апатичний	1	0,8
Паранояльний	1	0,8
Дифузний варіант	38	31,7
Змішані варіанти:	19	15,8
узгоджений тип	15	12,5
суперечливий тип	4	3,3
<i>Розподіл типів відношення до хвороби за блоками адаптації</i>		
соціально адаптований	50	41,7
дезадаптований з інтрапсихічною спрямованістю	36	30,0
дезадаптований з інтерпсихічною спрямованістю	34	28,3
Всього	120	100

Таблиця 2

Варіанти психологічних захистів у обстежених пацієнтів

Типи психологічних захистів	Середній бал за ГЖС			
	у всіх пацієнтів	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS (+)	пацієнти з вираженим ступенем симптоматики за PANSS (-)
Заперечення	52,0	50,6	50,9	49,9
Пригнічення	37,0	42,3*	35,7	39,5*
Регресія	42,8	54,1*	42,9	42,7
Компенсація	44,3	43,8	40,0*	43,1
Проекція	55,1	50,4*	52,2*	53,4*
Заміщення	25,6	25,4	19,3*	25,4
Інтелектуалізація	55,1	55,1	52,2*	53,9
Реактивні утворення	46,9	48,8*	43,9*	47,9*
Напруженість захистів у цілому	44,8	45,8	41,9*	44,4

Примітка. * – достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при $p < 0,05$

ступенем симптоматики за PANSS значимого рівня досягла ще регресія ($r=0,247$, $p < 0,01$) при малій напрузі механізму заміщення.

У групі хворих з великою вираженістю позитивної симптоматики виявився негативний тісний зв'язок із заміщенням ($r=-0,590$, $p < 0,05$). Виразеність негативної симптоматики корелювала з МПЗ за типом пригнічення ($r=0,275$, $p < 0,05$). Захисною реакцією стало використання більш простих і звичних поведінкових

стереотипів, заміна рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно прості і доступні в ситуаціях, що склалися.

Виявлено, що МПЗ за типом регресії дає стійкі кореляційні зв'язки з усіма дезадаптивними варіантами ВКХ, утворюючи негативні зв'язки з адаптивними її типами. МПЗ за типом проекції та заміщення також виявлялися у більшості дезадаптивних варіантів ВКХ різної спрямованості. Паранояльний тип ВКХ чітко корелював з

МПЗ за типом інтелектуалізації ($r=0,191$, $p<0,05$), а сенситивний – із захистом за типом реактивного утворення ($r=0,311$, $p<0,01$).

У обстежуваних з великою вираженістю позитивної психопатологічної симптоматики найбільша напруженість МПЗ виявлялася при інтерпсихічних варіантах ВКХ: сенситивному ($r=0,615$, $p<0,01$) та егоцентричному ($r=0,470$, $p<0,05$).

Реабілітаційні заходи згідно з розробленим нами комплексом проводилися в певній послідовності, залежно від стану хворого на момент їх призначення з розширенням кола заходів у міру поліпшення стану, і здійснювалися як на загальнолікарняному рівні, так і всередині відділення. Основними точками прикладання програми реабілітаційних заходів є емоційно-вольові, когнітивні, поведінкові патерни хворих на ПШ, а також рівень соціального функціонування, тип ВКХ і МПЗ, використовуваними ними при зіткненнях з різними життєвими труднощами.

Оскільки більшість пацієнтів продемонструвала поєднання неусвідомлюваних інтра- та інтерпсихічних психотерапевтичних мішеней, що свідчить про тотальне зниження адаптаційного потенціалу, диференційований підхід при виборі основних завдань психокорекції визначався спектром проблем, типом ВКХ і рівнем зниження соціального функціонування, а також адаптаційними можливостями хворого на параноїдну шизофренію. При неусвідомлюваних інтрапсихічних мішенях (МПЗ за типом інтелектуалізації, витіснення, заперечення, і тривожний, іпохондричний, неврастеничний, меланхолійний, апатичний типи ВКХ) акцент робився на поведінкові, тілесно-орієнтовані та арттерапевтичні психотехніки, також використовувалися елементи позитивної психотерапії та гештальт-терапії. При усвідомлюваних інтрапсихічних мішенях (при використанні МПЗ за типом інтелектуалізації та раціоналізації) використовувалися в першу чергу когнітивні, психодинамічні та раціонально-емотивні техніки психокорекції. Для зниження напруженості механізмів інтелектуалізації здійснювався перерозподіл навантаження на менш виражені захисні механізми за допомогою підвищення енергетичного потенціалу, підвищення емоційного реагування за допомогою технік, спрямованих на тілесність і підняття самооцінки, а також арттерапевтичних технік.

За наявності неусвідомлюваних інтерпсихічних мішеней (психологічні захисти за типом проекції, заміщення, реактивного утворення, регресії; такі типи ставлення до хвороби, як сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та параноїдний) використовувався клієнт-центрований підхід до пацієнта. В умовах прояву емпатичного розуміння, безумовного позитивного ставлення і максимально можливої щирості контакту виникали передумови для формування більшої довіри пацієнта до міжособистісних відносин. Також використовувалися техніки транзактного аналізу, системної сімейної терапії та психодинамічні підходи. Особлива увага в цьому випадку приділялася груповим психотерапевтичним

заняттям з обов'язковим обговоренням групової динаміки на індивідуальних психотерапевтичних сеансах.

Окрему групу склали пацієнти з переважним анозогнозичним типом ставлення до хвороби, для яких була характерна недооцінка свого хворобливого стану аж до повного його заперечення. У цьому випадку використовувалося в першу чергу поєднання психодинамічного і когнітивно-поведінкового підходів.

Реабілітаційні заходи будувалися за наступною схемою. У відділенні проводилася терапія зайнятості, працювали гуртки. Проводилася індивідуальна психотерапія 2–3 рази на тиждень по 1–1,5 години. Крім цього, пацієнти основної групи відвідували групові заняття. Групи були відкритими, заняття тривали 60–90 хвилин 2 рази на тиждень. Групові заняття проводилися з 8–12 хворими (за прийнятим стандартом формування малих психотерапевтичних груп). Кожен пацієнт відвідував не менше ніж 4–6 занять одного профілю. Водночас хворі основної групи відвідували і колективні заняття, де брали участь одночасно і представники групи порівняння. Це були заняття студії дизайну, кіноклуб, гурток художньої самодіяльності та дискотека.

Реабілітаційний комплекс здійснювався у три етапи. Перший етап: відновна терапія в умовах стаціонарного лікування для запобігання формування психічного дефекту, явищ госпіталізму, «сповзання хворого до ізоляції». Досягалося це поєднанням психофармакотерапії з лікуванням терапевтичним середовищем, зайнятості, індивідуальною і груповою психотерапією, лікувальною фізкультурою, арт-терапією і танцювально-руховою терапією.

Другим етапом реабілітації була реадaptaція – відновлення пристосованості хворого до умов зовнішнього середовища. Пацієнти брали участь у трудовій терапії, а також відвідували музикотерапію, культуротерапію (художню самодіяльність, караоке тощо), студію дизайну, кіноклуб. Також в основній групі проводились навчальні психотерапевтичні групи: психодинамічна група, тілесно-орієнтована терапія, тренінг стійкості до стресу, освітньо-терапевтична група для родичів.

На третьому етапі робота велася з видужуючими хворими, особлива увага приділялася виробленню мотивації до майбутньої випуски, підготовці до повернення в суспільство. В основній групі хворих до вищеписаних додавався навчальний модуль «соціально-комунікативний тренінг», спрямований на формування навичок соціальної поведінки, необхідних для створення соціальних контактів і зменшення стресу, що розвинувся в результаті інтерперсональних конфліктів і невдач. Робота була спрямована на корекцію ставлення до хвороби, закріплення виробленої установки на комплаєнс, зниження явищ самостигматизації.

Контроль ефективності запропонованого комплексу реабілітаційних заходів здійснювався не менше ніж через 3 місяці шляхом оцінювання динаміки стану хворих на параноїдну шизофренію за допомогою шкали оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (PANSS) і психодіагностичних методик.

Таблиця 3

Динаміка психопатологічної симптоматики в ході проведення реабілітаційних заходів

Симптоматика	Основна група (бал)				Група порівняння (бал)			
	до РК		після РК		до РК		після РК	
	М	±m	М	±m	М	±m	М	±m
PANSS заг.	79,62	11,17	69,97***	9,78	84,21	12,84	75,6***	10,40
PANSS позит.	16,03	4,39	12,9***	3,49	18,52*	4,74	14,09***	3,75
PANSS негат.	21,53	3,84	18,26***	3,74	22,82	4,29	20,79**	3,82
депресія	2,72	0,94	2,41**	0,72	2,76	1,03	2,39**	0,90
зниження критики	3,71	0,69	3,56**	0,76	4,21**	0,79	4,15	0,67

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таблиця 4

Зміни в соціальному функціонуванні хворих на параноїдну шизофренію в ході реабілітації

Сфери соціального функціонування	Основна група (бал)				Група порівняння (бал)			
	до РК		після РК		до РК		після РК	
	М	±m	М	±m	М	±m	М	±m
загальний бал	43,99	10,8	51,96***	9,92	37,45	8,36	43,94***	8,06
а) соціально корисна діяльність, включаючи роботу і навчання	4,22*	0,69	3,71***	0,71	4,42	0,66	4,09**	0,58
б) відносини з близькими та інші соціальні відносини	3,71*	0,77	3,51**	0,76	4,12	0,60	3,91*	0,46
с) самообслуговування	1,57	0,72	1,35**	0,54	1,76	0,83	1,55*	0,67
д) турбуюча і агресивна поведінка	2,29	1,16	1,69***	0,70	2,61	1,08	1,91**	0,63

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних внутрішньогрупових показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

У результаті психореабілітаційних заходів достовірно ($p < 0,01$) знизилися всі показники вираженості психопатологічних розладів в основній групі, а в групі порівняння достовірного зниження не отримано за показником критичності (табл. 3). При зіставленні динамічних змін між двома групами були встановлено, що в основній групі достовірно більше вираженим було зниження загального рівня негативної симптоматики і підвищення рівня критичності хворих.

Вплив психореабілітаційних заходів на соціальне функціонування виявився результативним в обох групах (табл. 4). В основній групі відзначалося поліпшення у всіх сферах соціального функціонування з більш високою достовірністю, ніж у групі порівняння, особливо за сферою соціально-корисної діяльності та сферою самообслуговування, що ймовірно пояснюється великим впливом реабілітаційних заходів на мотиваційний компонент соціального функціонування.

Вивчення питання про зміну ставлення пацієнтів до свого захворювання (за шкалою ТОБОЛ) представлено в наступній таблиці (табл. 5). В обох групах зафіксовано зменшення дезадаптивних варіантів ВКХ за рахунок тривожного ($p < 0,0001$), параноїального та

іпохондричного ($p < 0,05$), проте зросла частота апатичного варіанта ($p < 0,01$). В основній же групі також збільшилася частота адаптивних варіантів ВКХ за рахунок гармонійного типу реагування на хворобу. У групі порівняння достовірно ($p < 0,05$) збільшилася кількість анозогнозичного та егоцентричного ставлення до хвороби, що може призвести до зниження комплаєнтності лікування.

Під впливом психореабілітаційних заходів у групі порівняння достовірно зменшилася напруженість МПЗ за типом інтелектуалізації та реактивних утворень, що, ймовірно, може бути пов'язано з існуючою емоційною дефіцітарністю, зниженням психічної активності та наростанням когнітивного дефіциту (табл. 6). В основній групі з високим ступенем достовірності зменшилася напруженість таких МПЗ, як заперечення та регресія ($p < 0,000$) (більш давніх і психологічно менш зрілих), і збільшилася напруженість заміщення, інтелектуалізації, пригнічення і компенсації, що свідчить про краще збереження інтелектуальної (когнітивної) функції, відновленні здатності до контролю за своїми депресивними і агресивними проявами, раціоналізації та інтелектуалізації психологічних проблем.

Таблиця 5

**Зміни у ставленні до свого захворювання після проведення реабілітаційних заходів
у порівнюваних групах**

Типи реагування на хворобу	Середній показник у пацієнтів основної групи в балах		Середній показник у пацієнтів групи порівняння в балах	
	до РК	після РК	до РК	після РК
Гармонійний	4,73	6,49*	7,36	6,75
Ергопатичний	15,1	14,84	18,94	20,21
Анозогнозичний	6,18	4,21	6,06	9,21*
Тривожний	15,25	10,71***	11,52	7,24***
Іпохондричний	13,25	11,65*	10,36	9,85
Неврастенічний	10,75	9,25*	9,09	9,90
Меланхолійний	11,66	11,49	8,0	7,73
Апатичний	8,31	10,26**	8,0	12,09***
Сенситивний	23,44	22,97	17,0	18,03
Егоцентричний	12,13	11,64	10,03	11,45*
Паранояльний	8,51	5,16***	7,63	6,15*
Дисфоричний	6,15	4,07**	6,03	4,58*

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таблиця 6

Зміни МПЗ в ході реабілітації

Механізми психологічних захистів	Середній показник у пацієнтів основної групи		Середній показник у пацієнтів групи порівняння	
	до РК	після РК	до РК	після РК
Заперечення	52,1	42,4***	51,3	58,75
Пригнічення	30,1	33,7**	34,9	36,8
Регресія	45,8	34,7***	36,3	30,7*
Компенсація	47,2	50,73*	38,4	37,9
Проекція	57,4	56,7	50,8	50,7
Заміщення	28,3	33,4**	20,1	24,9
Інтелектуалізація	56,3	62,1**	53,5	42,9**
Реактивні утворення	47,2	47,4	47,9	40,3*
Напруженість захистів у цілому	46,65	45,3	41,4	39,9

Примітка. Достовірність відмінностей порівнюваних показників при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$.

Таким чином, розроблений реабілітаційний комплекс з диференційованою психокорекцією ВКХ продемонстрував високу ефективність, здійснивши позитивний вплив на динаміку психопатологічних проявів ПШ і соціальне функціонування обстежених хворих. Результатом його застосування стала певна гармонізація ВКХ зі зниженням частоти варіантів дезадаптивного ставлення до хвороби, а також зменшенням напруженості деструктивних МПЗ (регресії, заперечення).

Висновки.

1. Переважаючими варіантами ВКХ у хворих на ПШ є ергопатичний, сенситивний і анозогнозичний. При оцінюванні взаємозв'язку ВКХ з вираженістю клініко-психопатологічних проявів ПШ виявлено, що виражена позитивна психопатологічна симптоматика

значимо корелює з паранояльним типом ВКХ. Наявність у структурі ПШ вираженої негативної симптоматики обумовлює формування дезадаптивних типів ВКХ з інтрапсихічною спрямованістю (апатичний, меланхолійний та іпохондричний) і перешкоджає виникненню ВКХ за адаптивним стеничним типом (ергопатичний). Сенситивний тип реагування на хворобу зустрічається у хворих з незначним зниженням ступеню критичності хворого до свого психічного і соціального стану.

2. Провідними механізмами психологічного захисту (МПЗ), у досліджуваній групі хворих на шизофренію, були такі, як інтелектуалізація, проекція і заперечення, а в підгрупі з вираженим ступенем психопатологічної симптоматики ще і регресія. Регресія має тісні кореляційні зв'язки з усіма типами ВКХ (негативні з

ергопатичним і анозогнозичним), а параноїальний тип ВКХ чітко корелює з МПЗ за типом інтелектуалізації. Проекція пов'язана з іпохондричним, неврастенічним, меланхолійним і сенситивним типами ВКХ.

3. Оцінка ефективності розробленого для хворих на ПШ реабілітаційного комплексу з диференційованою психокорекцією ВКХ дозволила встановити достовірні ($p < 0,01$) позитивні зміни в клінічній динаміці захворювання і рівні соціального функціонування цих хворих. Використання запропонованого комплексу дозволило домогтися гармонізації внутрішньої картини хвороби зі зниженням частоти варіантів дезадаптивного ставлення до хвороби, а також зменшити напруженість деструктивних механізмів психологічних захистів.

Література:

1. Абрамов В. А. *Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії* / В. А. Абрамов.
2. О. І. Осокіна, О. Г. Студзінський, І. Я. Пінчук, С. Г. Ушенін та ін. // *Методичні рекомендації*. – Донецьк, 2012. – 39 с.
3. Абрамов В. А. *Психосоціальна реабілітація больних шизофренії: Монографія* / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецьк: Каштан, 2009. – 584 с.
4. Бессмертный А. В. *Особенности катамнеза внутренней картины болезни в контексте автобиографических воспоминаний у больнх шизофренії* / А. В. Бессмертный, И. Ф. Пирогов, С. Г. Гринвальд // *Медицина психологія*. – 2013. - №2. – С.32-38.
5. *Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжёлых психических заболеваниях* / Под ред. Я. ван Вингеля. Пер. с англ. под общ. ред. А. И. Абессоновой. – К., 2002. – 600 с.
6. Гурович И. Я. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии* / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М., 2004. – 492 с.
7. Кабанов М. М. *Реабилитация в контексте психиатрии* / М. М. Кабанов // *Медицинские исследования*. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.
8. Крупченко Д. А. *Клиническое значение и особенности осознания болезни (инсайта) у больнх параноидной шизофренії* / Д. А. Крупченко // *Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы респ. науч.-практ. конф.* - Гродно: ГрГМУ, 2010. - С. 101-103.
9. Марута Н. О. *Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація* / Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва та ін. // *Методичні рекомендації*. – Харків, 2009. – 31 с.
10. Ряполова Т. Л. *Ранняя реабилитация хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / Т. Л. Ряполова. — Харків, 2010. – 36 с.
11. Пинчук И. Я. *Распространённость психических расстройств в Украине* / И. Я. Пинчук // *Журн. АМН України*. – 2010. – Т.16, № 1. – С.168-176.
12. Пішель В. Я. *Сучасні принципи та практика надання психіатричної допомоги пацієнтам з першим психотичним епізодом* / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // *Методичні рекомендації*. – К., 2008. - 26 с.
13. Татаренко Н. П. *«Внутренняя картина болезни» при шизофренії и её значение для клиники* / Н. П. Татаренко // *Медицинские исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 140–143.
14. Фільц О. О. *Нозогенні реакції у хворих на шизофренію: клінічна концепція та підходи до лікування* / О. О. Фільц, Ю. М. Лобас // *Медицина світу*, 2002. – С.1-14.
15. *Шизофрения: Клин. руководство* / П. Б. Джонс, П. Ф. Бакли; Пер. с англ.; Под общ. ред. проф. С. Н. Мосолова. – М.: МЕД-прессинформ, 2009. – 192 с.
16. Юрьева Л. Н. *Шизофрения: Клиническое руководство для врачей* / Л. Н. Юрьева. - Д.: Новая идеология, 2010. – 244 с.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Н. Е. ИВАСЧЕНКО

В статье приводятся результаты исследования структуры внутренней картины болезни (ВКБ) и механизмов психологической защиты (МПЗ) при параноидной шизофрении (ПШ). На основе полученных результатов разработан комплекс реабилитационных мероприятий для больнх ПШ с дифференцированной психокоррекцией ВКБ и оценена его эффективность по динамике клинических показателей и данных психодиагностических исследований. Использование предложенного комплекса позволило установить достоверные позитивные изменения в клинической динамике заболевания и уровне социального функционирования больнх, а также добиться гармонизации ВКБ за счет снижения частоты вариантов дезадаптивного отношения к болезни и уменьшения напряженности деструктивных МПЗ.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, параноидная шизофрения, внутренняя картина болезни, дифференцированная психокоррекция

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENT WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENTIATED PSYCHOCORRECTION OF INTERNAL PICTURE OF DISEASE

N. Y. IVASHCHENKO

The article provides the results of the study of structure of internal picture of disease (IPD) and psychological defense mechanisms (PDM) for paranoid schizophrenia (PS). Based on the obtained results rehabilitational complex for patients with PS with differentiated psychocorrection of IPD was developed and its effectiveness by dynamic clinical parameters and data of psychodiagnostic investigations was evaluated. Using of proposed complex allowed to obtain significant improvements in clinical dynamics of PS and social functioning of patients and achieve harmonization of IPD by reducing the frequency of maladaptive variants relation to disease and reducing intensity of destructive PDM.

Keywords: rehabilitational complex, paranoid schizophrenia, internal picture of the disease, differentiated psychocorrection