

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

Н. М. 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

Однією з найбільш проблемних і складних груп серед усіх споживачів психіатричної допомоги є пацієнти, що перебувають на примусовому лікуванні, в умовах якого відбувається формування патологічних зв'язків з навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що, за умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики, сприяє виникненню та формуванню госпіталізму та дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в однонамітних умовах психіатричного стаціонару та нераціональної організації лікарняного середовища [1—4]. Між тим, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалізації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги [5], питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене, з метою ідентифікації особливостей формування госпітальної дезадаптації у хворих на параноїдну шизофренію, які перебувають в умовах примусового лікування, з визначенням ролі патогенної дії особистісних, міжособистісних та середовищних чинників, як підґрунтя для подальшої розробки заходів її психосоціальної корекції і профілактики, протягом 2010—2013 рр. на базі відділення № 1 для примусового лікування психічно хворих з посиленним наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2 нами здійснено комплексне обстеження 118 пацієнтів з діагнозом параноїдної шизофренії, що 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) МКХ-10. Клініко-психопатологічне дослідження проводили 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) [6]. Соціальне функціонування досліджували за допомогою блока 3 Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) [7]. Оцінку клінічних форм госпіталізму здійснювали за допомогою стандартизованої клінічної шкали [8], міжособистісних стосунків хворих — за однойменним опитувальником (розробка В. Шутца в адаптації А. А. Рукавішнікова) [9]. Визначення типу терапевтичного середовища здійснювалось за допомогою методики, розробленої Л. Ф. Шестопаоловою, В. А. Кожевніковою [10].

За результатами дослідження спостерігалися розбіжності основних особистісних (когнітивних, емоційних, поведінкових), міжособистісних та середовищних чинників, як за частотою так і за ступенем вираженості.

Дослідження рівня дисфункції при функціонуванні пацієнтів у лікарні проводили за допомогою третього розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності» [7]. Застосування результатів цієї шкали надало змогу провести відбір пацієнтів у групи психосоціальної корекції. За результатами визначення внутрішньолікарняного потенціалу хворого, його було включено до психокорекційної групи у відповідності із можливістю вирішувати існуючі проблеми.

Результати розподілу середнього індексу дисфункції хворих на параноїдну шизофренію у лікарні (табл. 1) свідчать, що у обстежених пацієнтів середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 3,5 бали, думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнту — 4,0 балів, заняття пацієнтів у лікарні — 4,5 бали, контакти із зовнішнім світом — 4,8 бали. В цілому середній бал дисфункції функціонування пацієнта у лікарні склав 4,0 бали. Даний розподіл середнього індексу дисфункції пацієнтів у лікарні вказував на те, що в усіх сферах функціонування дисфункція досягає рівня «дуже серйозної». Як бачимо, відсоткова структура дисфункції того чи іншого показника по сферам істотно не різнилася, що свідчило про загальне рівномірне зниження параметрів соціального функціонування обстежених пацієнтів.

Таблиця 1

Розподіл середнього індексу дисфункції хворих на параноїдну шизофренію у лікарні

Функціонування пацієнта у лікарні	Сер. бал	%	Заг. сер. бал
Поведінка у палаті			
Повільність рухів	3	2,6	3,5
Гіпоактивність	3	2,6	
Підвищена активність	4	3,5	
Бесіда	4	3,5	
Замкнутість, відгородженість	3	2,6	
Інтереси дозвілля	4	3,5	
Незрозуміла мова	4	3,5	
Поза й манери	3	2,6	
Погроза або агресивне поведіння	4	3,5	
Довге знаходження в постелі	4	3,5	
Зовнішній вигляд	3	2,6	
Поводження під час прийому їжі	3	2,6	
Думка медсестер або родичів			
Корисна робота в лікарні	4	3,5	4,0
Можна дозволити мати сірники	4	3,5	
Відвідування родичів або друзів у вихідні	4	3,5	
Спілкування з пацієнтами протилежної статі	5	4,3	
Користування ножицями	4	3,5	
Користування грішми	4	3,5	
Робота поза лікарнею	4	3,5	
Виписки якщо робота знайдена і є житло	3	2,6	
Може перебувати у відкритій палаті або кімнаті	4	3,5	
Заняття пацієнта			
Прибирання у палаті або приміщенні	4	3,5	4,5
Трудотерапія поза палатою	5	4,3	
Професійні й індустріальні терапії	5	4,3	
Інша соціальна терапія	4	3,5	
Контакт з зовнішнім світом			
Відвідуємо протягом минулих 3 місяців			4,8
Відвідує домашню оселю протягом минулих трьох місяців	4	3,5	
Потреба в спостереженні	5	4,3	
Має потребу в інтенсивному спостереженні	5	4,3	
Підсумковий бал, %, середній бал дисфункції	115,0	100,0	

Аналіз структури дисфункції хворих на параноїдну шизофренію у лікарні (табл. 2) показав, що відсутність дисфункції спостерігалась тільки у 3,4 % пацієнтів, кількість осіб з «мінімальною» дисфункцією склала 13,6 %, «очевидною» — 31,8 %, «серйозною» — 31,1 %, «дуже серйозною» — 20,1 %. Показник достовірності

між рівнями дисфункції $p < 0,05$. Треба зазначити, що особами з показниками «відсутність дисфункції» або «мінімальна дисфункція» були пацієнти з терміном госпіталізації до 1 року. Даний розподіл також свідчив про переважання у пацієнтів важких видів дисфункції при функціонуванні у лікарні.

Таблиця 2

Структура дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Показники	Дисфункція									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Поведінка у палаті	3	2,5 ± 1,6	15	12,7 ± 3,3	27	22,9 ± 4,2	48	40,7 ± 4,9	25	21,2 ± 4,1
Думка медсестер або родичів	4	3,4 ± 1,8	16	13,6 ± 3,4	47	39,8 ± 4,9	27	22,9 ± 4,2	24	20,3 ± 4,0
Заняття пацієнтів	5	4,2 ± 2,0	14	11,9 ± 3,2	31	26,3 ± 4,4	43	36,4 ± 4,8	25	21,2 ± 4,1
Контакт з зовнішнім світом	4	3,4 ± 1,8	19	16,1 ± 3,7	45	38,1 ± 4,9	29	24,6 ± 4,3	21	17,8 ± 3,8
Частка загальної сукупності, %	3,4		13,6		31,8		31,1		20,1	

Дослідження дезадаптації та оцінювання госпіталізму, рівня його вираженості, клінічних форм та механізмів формування здійснювали за допомогою стандартизованої клінічної шкали, розробленої науковцями під керівництвом проф. В. А. Абрамова [8], яка дозволила оцінити прояви госпіталізму у 4 сферах: когнітивній, міжособистісно-комунікативній, ціннісно-мотиваційній та соціального функціонування. За змістом за допомогою даного інструмента досліджено такі діагностичні складові (критерії) госпіталізму:

- 1) втрата соціальних зв'язків та контактів з оточуючим середовищем;
- 2) дезадаптивні форми пристосовувальної поведінки;
- 3) зниження здатності жити у звичайному соціальному середовищі;
- 4) відсутність у період довгого часу активуючої психосоціальної стимуляції хворого та заходів з його соціальної реінтеграції.

Ранжування сумарної кількісної оцінки інтенсивності проявів психічного дефекту (кількість позитивних відповідей) дозволило виокремити три фази формування синдрому госпіталізму:

1. Фаза окремих симптомів госпіталізму (9 — 23 бали);
2. Фаза синдрому госпіталізму, що формується (24 — 47 балів);
3. Фаза сформованого синдрому госпіталізму (48 — 62 бали).

Результати розподілу вираженості синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування (табл. 3) свідчили, що серед обстежених пацієнтів фазу окремих симптомів виявлено у 24 (20,3 ± 4,0 %), середній бал — 16,0. Фаза синдрому, що формується, виявлена у 54 (45,8 ± 5,0 %), середній бал — 39,0. Фазу сформованого синдрому виявлено у 40 (33,9 ± 4,7 %), середній бал — 58,0. Показник достовірності між фазами госпіталізму — $p < 0,05$.

Таблиця 3
Розподіл виразності синдрому госпіталізму у хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Виразність синдрому госпіталізму	Сер. бал	Абс. к.	% ± m
Фаза окремих симптомів (9—23 балів)	16,0	24	20,3 ± 4,0
Фаза синдрому, що формується (24—47 балів)	39,0	54	45,8 ± 5,0
Сформований синдром (48 — 62 бали)	58,0	40	33,9 ± 4,7

Для оцінки міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні використано опитувальник міжособистісних стосунків [9]. Інструмент сфокусований на вимірюванні поведінкових проявів у трьох областях міжособистісних відносин: «залученість» — інтенсивність контактів, «контроль» — ступінь залежності, «афект» — ступінь готовності ділитися почуттями. За його допомогою вимірювали та оцінювали поведінку пацієнтів в процесі міжособистісної взаємодії: що він реально робить і що він хоче робити; як інші люди реально поступають стосовно нього, і як він хотів би, щоб вони діяли.

За трактуванням автора методики, залученість — це потреба створювати і підтримувати задовільні відносини з іншими людьми, на основі яких виникають взаємодія і співпраця. Відносини встановлюються за двома напрямками:

1. (e) від пацієнта — до інших людей (у діапазоні від «встановлює контакти з усіма людьми» до «не встановлює контакти ні з ким»);

2. (w) від інших людей — до пацієнта (у діапазоні від «завжди встановлюють з ним контакти» до «ніколи не встановлюють з ним контакти»).

Потреба у залученості розуміється як бажання по-добатися, привертати увагу, викликати інтерес. На емоційному рівні — це потреба створювати і підтримувати

почуття взаємного інтересу в спілкуванні. З точки зору самооцінки, потреба у залученості проявляється в бажанні людини відчувати себе цінною і значущою особистістю. Поведінка, відповідно до цієї потреби, спрямована на встановлення зв'язків між людьми. Бути несхожим на інших, тобто бути індивідуальністю — інший аспект потреби у залученості: людина прагне бути поміченою, відрізнитися від інших людей.

Контроль — це потреба створювати і зберігати задовільні відносини з людьми, спираючись на контроль і силу. Відносини встановлюються за двома напрямками:

1. (e) від пацієнта — до інших людей (у діапазоні від «завжди контролює поведінку інших людей» до «ніколи не контролює поведінку інших»);

2. (w) від інших людей — до пацієнта (у діапазоні від «завжди контролюють» до «ніколи не контролюють»).

На емоційному рівні ця потреба визначається як прагнення створювати і зберігати почуття взаємної поваги, спираючись на компетентність і відповідальність. На рівні саморозуміння потреба в контролі проявляється в необхідності відчувати себе компетентною і відповідальною особистістю. Поведінка, зумовлена потребою в контролі, належить до процесу прийняття рішення, а також зачіпає області сили, впливу і авторитету. Виразність потреби в контролі варіюється в діапазоні від прагнення до влади, авторитету і контролю над іншими до бажання бути контрольованим, позбавитися від відповідальності.

Афект розуміється як потреба створювати й утримувати задовільні стосунки з іншими людьми, спираючись на емоційні стосунки. Відносини встановлюються за двома напрямками:

1. (e) від пацієнта — до інших людей (у діапазоні від «встановлює близькі особисті стосунки з кожним» до «не встановлює близьких особистих стосунків ні з ким»);

2. (w) від інших людей — до пацієнта (у діапазоні від «завжди зав'язують близькі особисті стосунки» до «ніколи не зав'язують близьких особистих стосунків з індивідом»).

На емоційному рівні ця потреба визначається як прагнення створювати і зберігати почуття взаємного теплового емоційного ставлення. На рівні саморозуміння — як потреба індивіда відчувати, що він гідний любові.

Залученість належить, насамперед, до формування відносин, тоді як контроль і афект стосуються вже сформованих відносин. Залученість можна проілюструвати як відносини «всередині — зовні», контроль — як «вгорі — внизу», а афект — «близько — далеко».

Результати дослідження особливостей міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію у лікарні (табл. 4) свідчать, що за показником «залученість» пацієнти в цілому мали низькі оцінки за шкалою власної поведінки (le) та характеризувалися як такі, що відчували себе некомфортно серед людей, тому вони демонстрували схильність їх уникати ($p < 0,05$). У свою чергу, за шкалою (lw) пацієнти виявляли тенденцію спілкуватися з невеликою кількістю людей ($p < 0,05$). За показником «контроль» низькі оцінки за шкалою (Ce) характеризували пацієнтів як таких, що уникали приймати рішення і брати на себе відповідальність ($p < 0,05$), а низькі оцінки за шкалою (Cw) свідчили про неприйняття пацієнтами контролю над собою ($p < 0,05$). За показником «афект» низькі оцінки за шкалою (Ae) свідчили, що пацієнти дуже обережні при встановленні близьких, інтимних відносин з людьми, уникали таких відносин ($p < 0,05$), а низькі оцінки за шкалою (Aw) характеризували хворих, як дуже обережних при виборі осіб, з якими вони встановлювали емоційні відносини ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Особливості міжособистісних стосунків хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Властивості	Шкали	Сер. бал	Індекс обсягу взаємодії (e + w), бали	Індекс поведінки (e - w), бали
Залученість	le — поведінка особи	2,8 ± 0,2	4,9	0,7
	lw — поведінка, очікувана від особи	2,1 ± 0,1		
Контроль	Ce — поведінка особи	3,1 ± 0,4	6,8	-0,6
	Cw — поведінка, очікувана від особи	3,7 ± 0,4		
Афект	Ae — поведінка особи	2,9 ± 0,2	5,5	0,3
	Aw — поведінка, очікувана від особи	2,6 ± 0,2		

Пацієнти із низьким загальним середнім балом мали схильність до компульсивної поведінки ($p < 0,05$). Їм була властива цілеспрямована і навмисна поведінка, що виникала як реакція на нав'язливість з метою нейтралізувати або запобігти психологічний дискомфорт ($p < 0,05$). Пацієнти відчували себе вимушеним здійснювати ірраціональні дії, щоб зменшити напруження ($p < 0,05$). На наш погляд, ця форма поведінки була обумовлена хворобою, особливостями складу особистості та сформованою умовами примусового лікування ситуацією, що спричиняла внутрішню тривогу, дискомфорт. Компульсивні дії, вчинки здійснювалися під впливом

непереборного спонукання, а свідомий контроль компульсивної поведінки був утруднений ($p < 0,05$).

Дослідження оцінки типу терапевтичного середовища здійснювали на основі його класифікації, розробленої науковцями під керівництвом проф. Л. Ф. Шестопалової: нейтральне, пригнічуюче, травмуюче, власне терапевтичне (що виліковує), комфортне [10]. Психодіагностичний інструментарій для вивчення особливостей терапевтичного середовища містить твердження, спрямовані на дослідження обстановки і режиму відділення, різних аспектів лікувального процесу, наприклад, стосунків: «лікар — хворий»,

«хворий — хворий», «хворий — медсестра», що дало змогу також оцінити типологію наявного терапевтичного середовища.

Результати дослідження оцінок щодо типу терапевтичного середовища хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування (табл. 5) свідчили, що в цілому оцінка терапевтичного середовища значно відрізнялась за думкою пацієнтів та медичного персоналу. Як «нейтральне» його визначили 19,5 % пацієнтів та 31,9 % медичного персоналу; як «пригнічуюче» — 38,1 % пацієнтів, серед медичного персоналу така оцінка не визначена; як «травмуюче» — 72,0 % та 6,4 %, відповідно; як «що виліковує» — 28,8 % та 100,0 %, відповідно; як «комфортне» — 28,8 % та 100,0 %, відповідно. Таким чином, можна стверджувати що пацієнти були скоріше незадоволені терапевтичним середовищем, у свою чергу, медичний персонал мав схильність надавати терапевтичному середовищу більше, ніж реальне значення у контексті оздоровчого впливу на пацієнта.

Таблиця 5

Дослідження оцінок щодо типу терапевтичного середовища хворих на параноїдну шизофренію в умовах примусового лікування

Тип середовища	Оцінка хворими (N = 118)				Оцінка мед. персоналом (N = 47)			
	Так		Ні		Так		Ні	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Нейтральне	23	19,5	95	80,5	15	31,9	32	68,1
Пригнічуюче	45	38,1	73	61,9	0	0,0	47	100,0
Травмуюче	85	72,0	33	28,0	3	6,4	44	93,6
Що виліковує	34	28,8	84	71,2	47	100,0	0	0,0
Комфортне	34	28,8	84	71,2	47	100,0	0	0,0

Примітка. Достовірність розбіжностей міжгрупових показників $p \leq 0,05$

Таким чином, вплив особистісних, міжособистісних і середовищних чинників своєрідно відбивається на функціонуванні пацієнта у стаціонарі, що обов'язково потребує прискіпливого аналізу під час розроблення комплексу заходів профілактики та психосоціальної корекції проявів дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування.

Список літератури

1. Абрамов В. А. Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / [В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина и др.] // Таврический журнал психиатрии. — 2007. — Т. 11, № 3 (40). — С. 24—29.
2. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10—14.
3. Путятін Г. Г. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості формування госпіталізму у хворих на шизофренію та його соціо- і психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. Г. Путятін. — Х., 2010. — 19 с.
4. Маркова М. В. Клініко-психопатологічні особливості хворих, які страждають на параноїдну шизофренію, в аспекті формування дезадаптації в умовах примусового лікування / М. В. Маркова, О. М. Царенко // Архів психіатрії. — 2013. — Т. 19, № 2 (73). — С. 141—147.
5. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.
6. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. — М., 2001. — С. 96—144.
7. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva : WHO, 1988. — 96 p.
8. Путятін Г. Г. Клинико-динамические и социально-психологические аспекты проблемы госпитализма у больных шизофренией / Г. Г. Путятін / В кн.: Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. — Донецк : Каштан, 2009. — С. 65—110.
9. Психологическая диагностика / под ред. М. К. Акимовой и К. М. Гуревича, 3-е изд., перераб. и дополн. — СПб. : Питер, 2003. — С. 333—335.
10. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // Архів психіатрії. — 2008.—№ 1.—С. 60—63.

Надійшла до редакції 10.09.2013 р.

ЦАРЕНКО Олена Михайлівна, завідувач відділенням № 1 для примусового лікування психічно хворих з посиленням наглядом Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2, Вінницька область, Вінницький район, с. Березина, «Медмістечко», e-mail: tsarenko.74@mail.ru

TSARENKO Helena Mikhajlovna, Head of the Department No. 1 for a Forced Treatment of Mentally Ill with Enhanced Supervision of the Vinnytsya Regional Psychiatric Hospital No. 2. Ukraine, 21029, Vinnytsya region, Vinnytsya district, Berezin, "Medical" house, e-mail: tsarenko.74@mail.ru