

О. И. Осокина

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЧНОСТНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ШИЗОФРЕНИИ**

О. І. Осокіна

**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОСОБИСТІСНОГО ОДУЖАННЯ
У ХВОРИХ З МАНІФЕСТНИМ НАПАДОМ ШИЗОФРЕНІЇ**

O. I. Osokina

**DYNAMICS INDICATORS OF PERSONAL RECOVERY
IN PATIENTS WITH MANIFESTATION OF SCHIZOPHRENIA**

Данная статья посвящена изучению социального функционирования и качества жизни больных с первым манифестным приступом шизофрении. Возможность пациентов достичь и удержать удовлетворительный уровень социального функционирования и качества жизни в течение длительного времени свидетельствует об их способности к личностному выздоровлению. В исследовании приняли участие 237 больных с первым манифестным приступом шизофрении. Проведен анализ личностно-социальных показателей выздоровления больных шизофренией за периоды 0,5 года, 1 год и 2 года после манифестации болезни. У пациентов, прошедших курс экзистенциально-личностной реабилитации, уровень социального функционирования и качества жизни был достоверно выше ($p < 0,001$), чем в группе сравнения, и соответствовал удовлетворительному уровню. Проведенное исследование показало возможность выздоровления указанной категории пациентов на личностном уровне, при условии продолжения ими поддерживающей медикаментозной терапии и экзистенциально-личностной реабилитации.

Ключевые слова: манифестный приступ шизофрении, социальное функционирование, качество жизни

Дана стаття присвячена вивченню соціального функціонування та якості життя хворих з маніфестним нападом шизофренії. Можливість пацієнтів досягти і втримати задовільний рівень соціального функціонування та якості життя протягом тривалого часу, свідчить про їхню здатність до особистісного одужання. У дослідженні взяли участь 237 хворих з маніфестним нападом шизофренії. Проведено аналіз особистісно-соціальних показників одужання хворих на шизофренію за періоди 0,5 роки, 1 рік і 2 роки після маніфестації хвороби. У пацієнтів, що пройшли курс екзистенційно-особистісної реабілітації, рівень соціального функціонування та якості життя був достовірно вищим ($p < 0,001$), ніж у групі порівняння, і відповідав задовільному рівню. Проведене дослідження довело можливість одужання зазначеної категорії пацієнтів на особистісному рівні, за умови продовження ними підтримуючої медикаментозної терапії та екзистенційно-особистісної реабілітації.

Ключові слова: маніфестний напад шизофренії, соціальне функціонування, якість життя

This article investigated the social functioning and quality of life in patients with manifestation of schizophrenia. Patient's opportunity to achieve and maintain a satisfactory level of social functioning and quality of life for a long time, shows their ability to personal recovery. The study involved 237 patients with first psychotic episode of schizophrenia. There was conducted the analysis of personal-social indicators of recovery in first-episode schizophrenia patients for periods of 0.5 years, 1 year and 2 years after the manifestation of the disease. In patients who have completed the course existential-personal rehabilitation, level of social functioning and quality of life was significantly higher ($p < 0.001$) than in the comparison group, and met a satisfactory level. The study proved the possibility of personal recovery in patients with manifestation of schizophrenia, who continue to support medication and existential-personal rehabilitation.

Keywords: manifestation of schizophrenia, social functioning, quality of life.

В последние годы в современной мировой психиатрии возрос интерес к немедикаментозным методам лечения начальных стадий шизофрении, где во главу угла поставлено восстановление целостности личности больных после перенесенного психотического приступа, а также признание ценности и достоинства личности человека, страдающего психическим недугом. Эти тенденции, основанные на идеях гуманизма, в полной мере реализует личностно-ориентированный подход к оказанию психиатрической помощи [1].

Хотя многие утверждают, что личностно-центрированная помощь уже стала господствующей тенденцией в психиатрии, на самом деле во многих учреждениях здравоохранения центральной мишенью воздействия по-прежнему остается болезнь, что ухудшает эффективность оказания психиатрической помощи [2].

Люди, страдающие шизофренией, постоянно имеют риск возобновления галлюцинаций, бредовых идей, испытывают разного рода нарушения в когнитивной, эмоционально-волевой и коммуникативной сферах, которые не позволяют им полноценно функционировать в психологическом и социальном плане [3]. У данных

пациентов в будущем повышена вероятность дискриминации, инвалидизации, утраты своего социального и семейного статуса, они могут потерять прежние достижения, работу и финансовую независимость, у них возникают сложности самоактуализации и плодотворной жизнедеятельности в будущем [4].

Возвращение здоровья понимается по-разному: полное выздоровление типично для острых соматических заболеваний, а для хронических соматических и психических заболеваний, к которым относится шизофрения, возврат к доболезненному уровню маловероятен. Не дать шанс хроническим больным достичь выздоровления — резко снижает мотивацию к лечению и позволяет болезни завладеть человеком [5].

Если ранее считалось, что исход шизофрении должен быть обязательно неблагоприятным, с необходимостью пожизненного лечения антипсихотическими препаратами и невозможностью возврата к удовлетворительному уровню функционирования, то в последние годы в научных кругах произошел радикальный пересмотр значения понятия «выздоровление» для лиц с тяжелыми психическими расстройствами и принятие нового определения выздоровления как глубоко личностного

уникального процесса изменения установок, ценностей, чувств, целей, навыков, ролей человека, при котором происходит положительное приспособление к остаточным признакам болезни при сохранении уязвимости, позволяющее жить насыщенной социальной жизнью, возможно при сторонней помощи и семейной поддержке, и подразумевающее плодотворную жизнь даже при наличии ограничений, связанных с болезнью. Таким образом, можно выздороветь даже при сохранившейся болезни, тогда личностное выздоровление происходит на фоне сохранившихся остаточных симптомов [6, 7].

В настоящее время в существующих реабилитационных программах для больных шизофренией мало внимания уделяют субъективной сфере пациента, избавлению его от душевного страдания и дистресса, которые привнесены болезнью и актуализацией экзистенциальных параметров человеческой жизни (смерти, свободы, бессмысленности и изоляции, нарушением системы ценностей, мотивов, целей и смыслов) [8]. Эта сфера, представляющая собой субъективную сферу жизни человека, претерпевает фундаментальные изменения при вторжении в нее психической болезни. Восстановление данной сферы имеет свои собственные механизмы и закономерности динамических изменений. Оно протекает параллельно с редукцией симптомов болезни, активизацией защитных психологических ресурсов и социальной адаптацией личности, и требует не меньшего внимания со стороны специалистов здравоохранения. Личностно-субъективные или экзистенциально-личностные аспекты восстановления пациентов после появления психической болезни, являются гарантом хорошего уровня качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ), так как активизируют самостоятельный внутренний поиск психологических ресурсов адаптации, способствуют принятию осознанных и ответственных решений относительно своей болезни и жизни, ориентируясь на систему духовных ценностей, среди которых опорными являются ценности здоровья, жизни, доверительных межчеловеческих отношений, собственного достоинства и ответственности. Особенно важным и значимым для больных шизофренией является то, что именно в этой, субъективной сфере, человек может достичь полноценного личностного выздоровления, безотносительно симптомов болезни.

Разработанная на основе личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи модель экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией, основной целью ставит личностное выздоровление пациентов, повышение уровня их функционирования в различных сферах и качества их жизни при сохранении биологической уязвимости или возможных остаточных симптомов болезни.

Идея функционального диагноза, позволяющего оценить функциональные возможности пациента и учитывать его психическое состояние, личностные особенности, отношение к болезни, социальную позицию, сохранность эмоционально-волевых характеристик и трудовых навыков, является, наиболее продуктивной в прогностическом и реабилитационном отношениях [9].

Целью настоящей работы является изучение на основе психодиагностического исследования динамики социально-психологических показателей (КЖ и СФ) у больных шизофренией при использовании экзистенциально-личностной реабилитации, за периоды 0,5 года, 1 год и 2 года после манифестации болезни.

В исследование было включено 237 пациентов мужского (139 (58,6 ± 3,2 %) человек) и женского (98 (41,4 ± 3,2 %) человек) пола в возрасте 18—35 лет, поступивших впервые в жизни в отделения Областной клинической психиатрической больницы и дневные стационары Областного психоневрологического диспансера г. Донецка с первым манифестным приступом шизофрении.

Все пациенты получали медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами в соответствии с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи. Предпочтение отдавалось атипичным нейролептикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных и лучшую переносимость по сравнению с типичными нейролептиками.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. Основную группу составили 122 пациента с манифестным приступом шизофрении, которые после купирования психотического состояния в течение полугода посещали психотерапевтические группы, продолжая при этом поддерживающее медикаментозное лечение. Пациенты, получавшие только фармакотерапию, количеством 115 человек, составили группу сравнения.

Распределение больных по ведущему синдрому было следующим: параноидный синдром — 91 человек (38,4 %), синдром психического автоматизма — 73 человека (30,8 %), кататонический синдром — 5 человек (2,1 %), аффективно-бредовый синдром — 68 человек (28,7 %).

Распределение больных по диагностическим категориям (в соответствии с МКБ-10 [10]) было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) — 63 (26,6 %) пациента; шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) — 5 (2,1 %) пациентов; шизоаффективное расстройство (F25) — 65 (27,4 %) пациентов; острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) — 19 (8,0 %) пациентов; острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) — 71 (30,0 %) пациент; острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) — 14 (5,9 %) пациентов.

При проведении настоящего исследования использовались клинический метод, психодиагностический метод с использованием шкалы СФ в различных сферах В. В. Зайцева (1999) [11] и краткого опросника ВОЗ для оценки КЖ — WHOQOL-BREF (The World health organization Quality of Life, WHO, 1996) [12]. Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием персонального компьютера в статистическом пакете MedStat [13].

В основу экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией положены знания о потребностях пациентов, признание того, что больные шизофренией могут достичь выздоровления на личностном и социальном уровнях, а также рассмотрение начала болезни как экзистенциального кризиса, при котором человек сталкивается с изоляцией, смыслоутратой, потерей свободы, конфронтацией со смертью, утратой жизненных целей и перестройкой системы ценностей. В рамках данной модели содержатся инновационные психотехнологии и технические приемы психотерапевтического воздействия, многие из которых — авторские.

Обязательным условием прохождения экзистенциально-личностной реабилитации является прием

поддерживающей медикаментозной терапии. Конечной целью реабилитации является личностное выздоровление больных шизофренией, включая восстановление целостности и самоидентичности «Я» личности, обретение свободы делать осознанные выборы, ставить цели, видеть смысл дальнейшей жизни, принимать ответственность и самостоятельно контролировать свою болезнь и жизнь. Такой целостный подход к личности пациентов непременно приводит к удовлетворительному уровню СФ в различных сферах жизни: семейной, профессионально-трудовой, коммуникативной, творческой самореализации, и субъективному ощущению психического «здоровья», что значительно повышает КЖ.

Существенное значение на выздоровление больных шизофренией оказывает субъективная оценка пациентами своего физического и психического здоровья. Под КЖ понимается достижение целей, задач, желаний, к которым человек стремится, соответствие характера жизни, который человек хотел бы вести, реальному положению вещей: то есть речь идет о соответствии идеального представления о жизни реально существующей ситуации, субъективном показателе, включающем как экзистенциальные аспекты, самоощущение, так и оценку своего функционирования) [14].

Интерес к КЖ больных шизофренией в последние десятилетия увеличивался в мировом сообществе, что было связано с началом процесса деинституционализации в западных странах и все большей значимости роли больного психическим расстройством человека в обществе. КЖ, связанное со здоровьем, отражает субъективно рассматриваемый уровень удовлетворенности пациентов различными аспектами своей жизни.

Важной проблемой оценки КЖ является не только отсутствие общепринятого определения данного понятия, но и зависимость результата оценивания КЖ от того субъективные или объективные критерии используются. Важную роль при оценивании КЖ играет субъективное восприятие обстоятельств жизни в различных областях, то есть благосостояние и удовлетворение своей жизнью. Таким образом, речь идет о субъективном уровне оценки психического состояния и оказываемой помощи с привлечением мнения самого больного, на основе принципа партнерства с формированием у пациента ответственности за свое социальное поведение.

Несмотря на клиническую важность показателя КЖ при оценке эффективности лечения психотических расстройств, на современном этапе развития отечественной и зарубежной психиатрии нет общепринятых взглядов на то, каким образом составляющие КЖ должны быть включены в оценку исхода болезни.

В настоящем исследовании КЖ пациентов рассматривается как факультативный показатель, свидетельствующий

о лучшем или худшем восстановлении пациентов, через призму их субъективной оценки себя, своего физического и душевного благополучия.

Опросник WHOQOL-BREF (WHO, 1996), отражает степень удовлетворенности пациентов в четырех сферах своей жизни:

1. Удовлетворенность физическим здоровьем, куда включены деятельность в повседневной жизни, зависимость от лекарственных веществ и медицинских средств, энергичность и усталость, мобильность, боль и дискомфорт, сон и отдых, работоспособность.

2. Удовлетворенность психологическим здоровьем, куда вошли внешний вид, наличие отрицательных и положительных эмоций, чувство собственного достоинства, духовность, религия, личные убеждения, мышление, обучаемость, память и концентрация внимания.

3. Удовлетворенность социальными отношениями, а именно — личностными взаимоотношениями, уровнем социальной поддержки, своей сексуальной активностью.

4. Удовлетворенность состоянием окружающей среды — финансовыми ресурсами, свободой, физической безопасностью и общей безопасностью, состоянием системы здравоохранения и социального обеспечения (доступностью, качеством и т. д.), домашней окружающей обстановкой, возможностью приобретения новой информации и навыков, возможностью полноценного отдыха/досуга, экологической ситуацией (загрязнение окружающей среды, шум, трафик, климат), транспортом.

Результаты анализа показателей КЖ в исследуемых группах представлены в таблицах 1 и 2. Общий суммарный уровень КЖ у пациентов основной группы на стадии формирования ремиссии до экзистенциально-личностной реабилитации составил $82,33 \pm 1,17$ балла, в группе сравнения — $78,57 \pm 0,82$ балла, что достоверно не различалось ($p > 0,05$) и в обеих группах соответствовало ограниченному уровню КЖ (51—78 балла).

Исследование в основной группе суммарного уровня КЖ в динамике в течение двухлетнего периода после манифестации болезни показало, что средние значения данного показателя сохранялись на прежнем уровне в течение всего исследуемого периода, то есть среднее значение уровня КЖ у пациентов, получавших реабилитационное лечение, в течение двух лет сохранялось на уровне ограниченного. При этом среди пациентов появлялись случаи, когда уровень КЖ после начала болезни становился удовлетворительным (104—129 балла).

В группе сравнения анализ динамики суммарного показателя КЖ показал его достоверное ($p < 0,05$) снижение через 0,5 года после манифестного приступа шизофрении до $61,9 \pm 0,79$ балла, через 1 год — до $62,91 \pm 0,81$ балла, через 2 года — до $62,7 \pm 0,82$ балла, что соответствовало низкому уровню КЖ.

Таблица 1

Сравнительный анализ уровня качества жизни у больных шизофренией в основной группе

Показатель	После купирования приступа (до реабилитации)	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	<i>p</i>
Сфера 1 — физическое здоровье	$25,04 \pm 0,42$	$25,28 \pm 0,38^{\S}$	$25,6 \pm 0,34^{\S}$	$25,92 \pm 0,33^{\S}$	0,742
Сфера 2 — психологическое состояние	$20,96 \pm 0,33$	$20,74 \pm 0,29^{\S}$	$20,73 \pm 0,29^{\S}$	$21,49 \pm 0,33^{\S}$	0,131
Сфера 3 — социальные отношения	$10,69 \pm 0,15$	$10,7 \pm 0,13^{\S}$	$10,84 \pm 0,12^{\S}$	$10,72 \pm 0,14^{\S}$	0,842
Сфера 4 — окружающая среда	$25,63 \pm 0,36$	$25,66 \pm 0,33^{\S}$	$25,89 \pm 0,35^{\S}$	$25,82 \pm 0,34^{\S}$	$> 0,9$
Суммарный уровень КЖ	$82,33 \pm 1,17$	$82,39 \pm 0,95^{\S}$	$83,06 \pm 0,95^{\S}$	$83,95 \pm 1,02^{\S}$	0,414

Примечание: [§] — отличие от группы сравнения после лечения, в соответствующий период, статистически значимо ($p < 0,05$)

Таблиця 2

Сравнительный анализ уровня качества жизни у больных шизофренией в группе сравнения

Показатель	После купирования приступа	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Сфера 1 — физическое здоровье	24,43 ± 0,3	18,63 ± 0,3*	18,75 ± 0,3*	18,8 ± 0,28*	0,031
Сфера 2 — психологическое состояние	21,37 ± 0,35	14,6 ± 0,32*	15,15 ± 0,33*	15,17 ± 0,33*	0,014
Сфера 3 — социальные отношения	10,49 ± 0,12	8,08 ± 0,12*	8,18 ± 0,12*	8,18 ± 0,12*	0,127
Сфера 4 — окружающая среда	23,27 ± 0,24	20,6 ± 0,25*	20,83 ± 0,27*	20,54 ± 0,26*	0,014
Суммарный уровень КЖ	78,57 ± 0,82	61,9 ± 0,79*	62,91 ± 0,81*	62,7 ± 0,82*	0,04

Примечание: * — отличие от показателей до лечения статистически значимо (p < 0,05).

Анализ средних значений показателей КЖ — физического и психологического здоровья, уровня социальных отношений и состояния окружающей среды показал, что не наблюдалось статистически значимой динамики (p > 0,05) по каждому из показателей в течение 2-х лет после манифестации болезни и они соответствовали ограниченному уровню КЖ. Однако, показатели всех сфер жизни пациентов основной группы были статистически достоверно выше (p < 0,05), чем соответствующие средние значения показателей КЖ в группе сравнения.

Таким образом, общий уровень КЖ у пациентов, не включенных в реабилитационные мероприятия, стал достоверно ниже уже через полгода по сравнению со значениями данного показателя в основной группе, и к двухлетнему периоду соответствовал низкому уровню КЖ (25—52 балла).

Среди показателей КЖ в сферах оценки пациентами своего физического и психологического здоровья, а также в сферах оценки уровня социальных отношений и состояния окружающей среды у пациентов группы сравнения имело место статистически значимое снижение (p < 0,05) данных показателей через 0,5 года после манифестного приступа шизофрении, что соответствовало ухудшению уровня КЖ в данных сферах по сравнению с первоначальными значениями указанных показателей. Если в период становления ремиссии средние величины показателей данных сфер соответствовали ограниченному уровню КЖ, то через 0,5 года, а также через 1 и 2 года эти значения уже соответствовали низким значениям показателей КЖ в каждой из представленных сфер. Эти результаты доказывают эффективность экзистенциально-личностной реабилитации больных шизофренией.

Нарушение СФ у больных шизофренией касается адекватности социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций. Уровень восстановления СФ больных считается одним из наиболее важных критериев выздоровления при шизофрении [15]. Данный показатель представляет собой объективизированную оценку психосоциальной адаптации

больных шизофренией, в то время, как КЖ оценивает субъективную сторону выздоровления, из чего следует, что данные показатели во многом дополняют друг друга и их исследование целесообразно при оценке эффективности экзистенциально-личностной реабилитации.

Снижение уровня СФ у больных шизофренией во многом обусловлено нарушением социального познания, которое представляет собой совокупность познавательных процессов, опосредующих ориентировку в сфере человеческих отношений и поведения в конкретных межличностных ситуациях, лежащих в основе социального взаимодействия [16].

В первое время после манифестного приступа болезни в процессе межличностного взаимодействия больные приписывали окружающим собственные интрапсихические диспозиции, что во многом осложняло понимание позиции другого человека и способность предвидеть последствия ситуации межличностного взаимодействия. Впоследствии их социальные отношения осложнялись присоединением самостигматизирующих эффектов и заниженного уровня самооценки.

Исследование уровня СФ с использованием шкалы В. В. Зайцева позволило оценить функционирование пациентов в десяти сферах социальной жизни, к которым относились: внешний вид, работоспособность и жизнедеятельность, двигательная активность, организация быта повседневной жизни, сфера сексуальных отношений, проведение досуга, профессионально-производственная сфера, сфера семьи, родственных и межличностных отношений.

В таблице 3 представлены результаты исследования уровня СФ в основной группе и в группе сравнения.

Анализ структуры нарушений СФ в период становления ремиссии выявил более выраженное снижение функционирования пациентов в сфере социально полезной деятельности, включая работу и учёбу, в сферах работоспособности и сексуальных отношений. В меньшей степени была задействована сфера семейных и родственных отношений, а также организация быта и проведение досуга.

Таблиця 3

Сравнительный анализ уровня социального функционирования у больных шизофренией в исследуемых группах

Показатель СФ	После купирования приступа	Через 0,5 года после приступа	Через 1 год после приступа	Через 2 года после приступа	p
Основная группа	11,32 ± 0,39	14,24 ± 0,41* [§]	14,01 ± 0,4* [§]	13,8 ± 0,41* [§]	< 0,001
Группа сравнения	14,76 ± 0,48	21,88 ± 0,47*	21,22 ± 0,47*	21,5 ± 0,49*	< 0,001

Примечание: * — отличие от показателей до лечения статистически значимо (p < 0,05); [§] — отличие от группы сравнения после лечения, в соответствующий период, статистически значимо (p < 0,05).

Так, у многих работающих пациентов отмечалось снижение трудоспособности, приводящее к необходимости временного уменьшения трудовой активности вплоть до периодов временной утраты трудоспособности. При этом отмечалось ухудшение работоспособности при уменьшении скорости работы, трудности сосредоточения, истощаемость внимания. Практически все учащиеся вынуждены были временно прервать учебу, оформив академический отпуск. К концу первого полугодия после манифестного приступа шизофрении 15 (12,3 ± 3,0 %) пациентов основной группы и 44 (38,3 ± 4,5 %) пациента группы сравнения оставили работу (учебу), и к концу 2-го года данные цифры составляли 8 (6,6 ± 2,2 %) пациентов и 50 (43,5 ± 4,6 %) пациентов соответственно.

Во многих семьях стали чаще происходить конфликты, участие пациентов в жизни семьи было ограниченным, многие обязанности выполнялись формально. Отмечались трудности самостоятельного эффективного ведения хозяйства, была снижена инициатива в отношении организации быта (уборки дома, материальных расходов и т. д.). Имели место трудности организации своего досуга, что проявлялось в сниженной активности, недостаточной реализации своих увлечений, пассивном просмотре телевизора, отсутствии желания заниматься спортом и т. д.

Общий средний показатель СФ в период становления ремиссии у пациентов основной группы составил 11,32 ± 0,39 балла, в группе сравнения — 14,76 ± 0,48 балла, $p > 0,05$. Через 0,5 года после манифестного приступа болезни у пациентов основной группы, прошедших в течение полугодичного периода курс экзистенциально-личностной реабилитации, средний уровень СФ соответствовал удовлетворительной способности к социальной адаптации (14,24 ± 0,41 балла), в то время как в сравниваемой группе этот уровень изменился в худшую сторону (21,88 ± 0,47 балла), и стал соответствовать ограниченному уровню СФ, $p < 0,001$. У пациентов основной группы в течение двухлетнего периода после манифестации шизофрении СФ оставалось на удовлетворительном уровне, а в группе сравнения оно было ограниченным (различия между группами достоверны, $p < 0,001$).

Проведенное исследование доказало возможность выздоровления указанной категории пациентов на личностном уровне, при условии продолжения ими поддерживающей медикаментозной терапии и экзистенциально-личностной реабилитации. Анализ показателей СФ и КЖ больных после первого манифестного приступа шизофрении характеризовал пациентов основной группы как имеющих лучшую социальную адаптацию и удовлетворенность своей жизнью, а следовательно, и потенциально большие, чем в группе сравнения, возможности личностного выздоровления, успешных профессиональных достижений и плодотворной, осмысленной жизни. В этой связи, экзистенциально-личностная реабилитация проявила себя как эффективный способ восстановления личностного и социального потенциала больных шизофренией после первичной манифестации болезни.

Список литературы

1. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / [В. Ан. Абрамов, О. И. Лихолетова, Г. Г. Путятин и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 5—16.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. — М., 2004. — 492 с.
3. Мангуби Д. А. Первичный психотический эпизод: новые лекарственные формы как альтернатива инъекциям / Д. А. Мангуби // Здоров'я України. — 2011. — № 4 (19). — С. 32—33.
4. Абрамов В. А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Б. Б. Ивнев. — Донецк: Каштан, 2014. — 424 с.
5. Гурович И. Я. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18, вып. 4. — С. 34—39.
6. Roberts G. The rediscovery of recovery: open to all / G. Roberts, P. Wolfson // Advances in psychiatric treatment. — 2004. — Vol. 10. — P. 37—48.
7. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-years international follow-up study / [G. Harrison, K. Hopper, T. Craig et al.] // British J. of Psychiatry. — 2001. — Vol. 178. — P. 506—517.
8. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. — М.: «Класс», 1999.
9. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии / В. А. Абрамов. — Донецк, 2004. — 271 с.
10. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Путятин. — Донецк: Каштан, 2014. — 296 с.
11. Зайцев В. В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / В. В. Зайцев. — СПб., 1999. — 23 с.
12. Programme on Mental Health / World Health Organization WHOQOL-bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. — Genève, 1996. — 18 p.
13. Лях Ю. Е. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2004. — Т. 8, № 1. — С. 155—167.
14. Кирьянова Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — № 3. — С. 73—75.
15. Коблова А. А. Социальное функционирование и качество жизни лиц с психическими расстройствами / А. А. Коблова, И. Л. Кром, И. Ю. Новичкова // БМИК. — 2011. — № 7. — С. 38—39.
16. Руденко С. Л. Нарушение социального познания у больных шизофренией, как условие снижения уровня их социального функционирования / С. Л. Руденко, О. В. Рычкова // Вестник ТГПУ. — 2012. — № 6. — С. 141—147.

Надійшла до редакції 28/01.2014 р.

ОСОКИНА Ольга Игоревна, кандидат медицинских наук, докторант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк; e-mail: oosokina@mail.ru

OSOKINA Olga Igorivna, MD, PhD, Competitor for Doctor of Science degree of Department of Psychiatry, Narcology and medical Psychology of the M. Gorkiy Donets'k National medical University, Donets'k; e-mail: oosokina@mail.ru