

## МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ

<sup>1</sup> Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ,  
<sup>2</sup> ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», Дніпропетровськ

**Наведено результати вивчення соціально-психологічних та особистісних характеристик хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя особи. Запропоновано методичний інструментарій для виявлення особливостей цих характеристик із метою розробки диференційованих реабілітаційних програм для зазначеної категорії хворих.**

*Ключові слова:* шизофренія, суспільно небезпечні діяння, методичний інструментарій, реабілітація.

На теперішній час накопичено значний досвід вивчення хворих із психічними розладами, які вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД). Результати більшості досліджень указують на те, що причини їх скоєння не зводяться лише до наявності психічного захворювання. Доведено, що суспільно небезпечна поведінка психічно хворих обумовлена комплексом клінічних, соціальних та особистісних чинників, установлення яких дає змогу прогнозувати і зменшувати вірогідність вчинення ними протиправних діянь [1, 2].

Незважаючи на те що кількість хворих на шизофренію, які скоїли СНД проти життя особи (ПЖО), залишається відносно стабільною, саме за тяжкістю складу кримінальних дій ці пацієнти потребують значної уваги з боку психіатрів. Зазначене обумовлює також необхідність втілення у терапевтичний процес сучасних моделей надання комплексної диференційованої лікувально-реабілітаційної допомоги, що спрямована на зниження суспільної небезпеки психічно хворих, у тому числі шляхом підвищення рівня їх соціального функціонування [3, 4]. Це пов'язано з тим, що лише психіатричні заходи вторинної профілактики, які складаються переважно з диференційованого вибору примусового лікування, його проведення, оптимізації психіатричної допомоги та достатньо повно наведені у численних наукових працях, досі є недостатніми і не призводять до зниження рецидивів СНД, зокрема ПЖО. Тому є доцільним, поряд із біологічно орієнтованою терапією, змістити акцент у бік застосування психосоціальної корекції та соціальної адаптації цієї категорії пацієнтів на основі комплексної оцінки реабілітаційних потенціалів та діагнозу [5, 6].

Специфікою підходу до розробки комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм в умовах примусового стаціонарного лікування є необхідність спільного урахування клініко-динамічних особливостей шизофренії та механізмів реалізації СНД. Існує потреба у відповідному плануванні цих програм, бо критерієм відміни заходів медичного характеру є не тільки одужання або клінічне покращання, але й усунення суспільної небезпеки хворого на шизофренію, що скоїв СНД ПЖО.

Мета дослідження: на основі вивчення соціально-психологічних та особистісних характеристик хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО, визначити оптимальний методичний інструментарій для розробки диференційованих реабілітаційних програм для хворих даної категорії.

В основу роботи покладено результати дослідження, проведеного за умови інформованої згоди, 511 чоловіків, хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО та перебували на примусовому лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом. Вік обстежених становив 16–76 років (у середньому —  $39,72 \pm 0,50$  року). Параноїдну шизофренію (F20.0 за МКХ-10) діагностовано у 95,30% хворих, просту (F20.6) — у 3,32%, не уточнену (F20.9) — у 0,59%, гебефренну (F20.1) — у 0,39%, кататонічну (F20.2) — у 0,20% та резидуальну (F20.5) — у 0,20% пацієнтів. У 469 хворих (91,80%) встановлено безперервний перебіг захворювання, а у 33,46% верифіковано дефектні стани (найбільша кількість пацієнтів мали психопатоподібний та параноїдний типи дефекту).

З метою визначення особливостей соціально-психологічної адаптації і пов'язаних із нею рис особистості ми використовували *методику*

діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд [7]. Стимульний матеріал був поданий 101 твердженням. Авторами використаний методичний прийом «нейтралізації» настанови пацієнтів на соціально бажані відповіді через формулювання тверджень у третій особі однини, без використання займенників, що дає змогу уникнути впливу «прямого ототожнення» та досягти безпосереднього співвідношення тверджень із особистісними особливостями обстежених.

У методиці передбачена диференційована 7-бальна шкала відповідей, обробка здійснюється за допомогою ключа. Соціально-психологічні особливості особистості подано у вигляді полярних тенденцій: адаптивність — дезадаптивність, брехливість — правдивість, прийняття себе — неприйняття себе, прийняття інших — неприйняття інших, емоційний комфорт — емоційний дискомфорт, внутрішній контроль — зовнішній контроль, домінування — підпорядкованість та окремо ескапізм (відхід від проблем). Результатом обробки тесту є шість інтегральних показників, які розраховуються за індивідуальними формулами.

Для вимірювання впливу психічної патології і функціонування на інвалідність обстежених, моніторингу ефективності інтервенцій, оцінки тяжкості психічних розладів використано модифікований та адаптований для застосування в Україні варіант WHO DAS (World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule) [8] — *Модель оцінки соціального функціонування пацієнтів із психічними та поведінковими розладами*, який є напівструктурованим стандартизованим інструментом, має достатні надійність, відтворюваність, поточну критеріальну валідність класифікації хворих, респонсивність (чутливість до змін) та може бути легко застосованим. В основу його розробки покладено концепцію про те, що непрацездатність, дисфункція, обмеження життєдіяльності, зниження соціального функціонування (СФ) хворих є індивідуальними та відносно незалежними від симптоматики захворювання.

Методика включає 24 пункти за трьома сферами, що характеризують рівень функціональних можливостей хворого, а саме:

сімейно-побутова сфера — самообслуговування (підтримка зовнішнього вигляду, дотримання особистої гігієни, ведення домашнього господарства, приготування та самостійний прийом їжі), сімейна роль (участь у домашніх справах, емоційні стосунки у подружньому житті, сексуальна роль, батьківська роль);

сфера соціальних відносин — функціонування у загальносоціальному розумінні (орієнтація,

пересування та контроль поведінки, інформованість та інтереси, спілкування), соціально неприпустима поведінка (конфліктність, небезпечна поведінка у побуті, притягнення до адміністративної або кримінальної відповідальності, давність і тяжкість СНД);

сфера працездатності — трудова діяльність (зайнятість, робота та/або навчання), виконання трудових і навчальних функцій, мотивація до влаштування на роботу/навчання, здатність до навчання, перенавчання), ступінь обмеження працездатності (частота звернення по медичну допомогу, тривалість перебування в стаціонарі, група інвалідності, тривалість і динаміка інвалідності).

Оцінку СФ проводили на трьох рівнях: функціональних можливостей (за параметрами ступеня порушення функції та можливості її компенсації), соціального функціонування та загального соціального функціонування. Ступінь порушення функції оцінювали за 5-бальною шкалою.

Можливість компенсації порушеної функції встановлювали з урахуванням ефекту компенсації рівня дисфункції за загальними клінічними критеріями: а) одужання — відсутність дисфункції; б) покращання: легке, помірне або суттєве зниження рівня дисфункції; в) погіршення. Слід відзначити, що ці критерії компенсації порушень життєдіяльності після оволодіння хворим необхідними навичками ми вважали важливими та розцінювали як ефект реабілітації.

Використання цієї методики надало змогу визначити рівень СФ; динаміку дисфункції на різних стадіях шизофренії; основну дезадаптивну сферу СФ; провідні порушення у сферах СФ відповідно до типу дефекту і ремісії в динаміці шизофренії, а також розробити, встановити ефективність та своєчасно коригувати індивідуалізовані лікувально-реабілітаційні заходи, що спрямовані на відновлення втрачених функцій та здатність виконання соціальної ролі.

*Методику визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS-Echelle Aptitude psychosocial) [4]* використовували для встановлення здатності хворих до адаптації, а також загальної оцінки спроможності функціонування (у тому числі соціального). Теоретичною базою розробки цієї методики є положення про можливість незалежної від психопатологічної симптоматики оцінки психосоціальної адаптації, а також про прямопропорційну залежність соціальної адаптації і СФ від тривалості та прогредієнтності шизофренії. Зазначене стає підставою для розгляду результатів за даною методикою як адекватного критерію оцінки покращання або погіршення психосоціальної адаптації та функціонування.

Шкала включає 10 рубрик, що дають змогу комплексно оцінити рівень життєдіяльності пацієнта:

- 1) оцінка життєдіяльності і працездатності;
- 2) оцінка проведення дозвілля;
- 3) сімейні та подружні відносини;
- 4) дружні та позасімейні стосунки;
- 5) оцінка суспільної та соціальної діяльності хворого;
- 6) міжособистісні стосунки;
- 7) оцінка інтересу до пізнання навколишньої інформації;

8) оцінка матеріального стану і здатності управління фінансами;

9) оцінка зовнішнього вигляду хворого;

10) оцінка умов проживання та харчування.

Кожній рубриці присвоюється від 0 до 10 балів: 0 балів відповідає повному дефіциту та відсутності соціальної адаптації й функціонування, 10 балів — доброму функціонуванню та оптимальним можливостям психосоціальної адаптації.

*Опитувальник міжособистісних стосунків Шутца (ОМО) (Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior — FIRO-B) [9] нами*

**Варіанти копінг-стратегій, ступінь можливостей до адаптації та форми поведінки при них за тестом Е. Нейм**

Варіант копінг-стратегій	Ступінь адаптивних можливостей копінг-стратегій	Форма поведінки
<i>Когнітивні</i>		
Проблемний аналіз, настанова власної цінності, збереження самовладання	A	Аналіз труднощів та пошук можливих шляхів виходу з них, підвищення самоконтролю та самооцінки, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси в подоланні складних ситуацій
Упокорювання, розгубленість, дисимуляція, ігнорування	Н/А	Пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у власні сили та інтелектуальні ресурси, навмисна переоцінка неприємностей
Відносність, релігійність, надання сенсу	В/А	Поведінка спрямована на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра у Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами
<i>Емоційні</i>		
Протест, оптимізм	A	Емоційний стан з активним обуренням і протестом щодо труднощів і впевненістю в наявності виходу у будь-якій, навіть найскладнішій ситуації
Пригнічення емоцій, покора, самозвинувачення, агресивність	Н/А	Варіанти поведінки, що характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю і недопущенням інших почуттів, переживанням злості і покладанням провини на себе й інших
Емоційна розрядка, пасивна кооперація	В/А	Поведінка, яка спрямована або на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням, або на перекладання відповідальності щодо вирішення труднощів на інших осіб
<i>Поведінкові</i>		
Співпраця, звернення, альтруїзм	A	Така поведінка особи, при якій вона вступає у співпрацю зі значущими (досвідченішими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів
Активне запобігання, відступ	Н/А	Уникнення думок про неприємності, пасивність, самота, спокій, ізоляція, прагнення відійти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблеми
Компенсація, відволікання, конструктивна активність	В/А	Поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань

Примітка. А — адаптивні копінг-стратегії, Н/А — неадаптивні копінг-стратегії, В/А — відносно адаптивні копінг-стратегії, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуації.

застосовуваний для вимірювання, оцінки та прогнозу поведінки хворих на шизофренію в міжособистісних відносинах, а також їхніх особистісних характеристик та впливу їх потреб на взаємини з оточуючими. В основу ОМО покладено теорію міжособистісних стосунків W. Schutz, фундаментом якої є трифакторна модель міжособистісних потреб за трьома рівнями: поведінка, почуття, Я-концепція. Цей надійний валідний інструмент, сфокусований на встановленні параметрів типу поведінки у трьох галузях (включення (I) — інтенсивність контактів, контроль (C) — ступінь залежності, афект (A) — ступінь готовності розділяти почуття), що мають два напрямки (від індивіда до інших людей (e) та від інших людей до індивіда (w)), тобто містить 6 шкал.

Опитувальник містить 54 твердження з диференціацією відповідей за сьома градаціями (звичайно, часто, інколи, випадково, рідко, ніколи). При тестуванні ми дотримувалися принципу добровільності, бо тиск на пацієнта підвищує можливість спотворення результатів. Результати (від 0 до 9 балів) підраховували відповідно до ключа. Крім того, розраховували індекси (комбінації оцінок) за кожною з трьох шкал: індекси обсягу інтеракції (e + w), індекси суперечності міжособистісної поведінки (e – w) — усередині та між окремими галузями міжособистісних потреб, а також коефіцієнти сумісності в діаді або групі (за необхідності).

Отримані дані використовували при розробці лікувально-реабілітаційних заходів щодо корекції рівня поведінкової дезадаптації при міжособистісному спілкуванні хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО.

При побудові реабілітаційних програм ми вважали за доцільне включати до їх змісту навчання хворих стратегій адекватного реагування на стрес та зменшення його суб'єктивної значущості (з метою зниження їх суспільної небезпеки). У зв'язку з тим що в умовах стресу особистість застосовує такі процеси реагування, як подолання (активна зміна ситуації і задоволення актуальних потреб) та захист (компенсація, зменшення психологічного дискомфорту) [10], нами виділено два напрями формування афективної толерантності пацієнтів: розвиток адаптивної копінг-поведінки та подолання негативних механізмів психологічного захисту або зменшення їх напруги.

Діагностику системи механізмів психологічного захисту та визначення ступеня напруги кожного з них проводили за допомогою *опитувальника Р. Плутчика* — *Х. Келлермана* [11, 12], який складається з 92 дихотомічних тверджень. Оцінку результатів тестування здійснювали шляхом підрахунку кількості позитивних відповідей щодо ключа, збіг з яким оцінювали в 1 бал.

*Методика для психологічної діагностики копінг-механізмів (тест Е. Heim)* [13, 14] дала змогу дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копіngu відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності (когнітивної, емоційної, поведінкової), а також ступеня їх адаптивних можливостей в обстежених. Ці варіанти відображені у твердженнях, які розподілені за копінг-стратегіями таким чином: когнітивні (А) — 10 тверджень; емоційні (Б) й поведінкові (В) — по 8. Пацієнтові пропонували обрати одне твердження з розділу, що характеризує його спосіб вирішення складних та стресових ситуацій. За результатами тесту Е. Heim [13] (таблиця) було досліджено характеристики копінг-поведінки, неадаптивні форми копінг-стратегій в умовах стресу, а також визначено напрями їх індивідуальної корекції у структурі реабілітаційних заходів для дослідженої категорії хворих.

У ході проведеного дослідження було визначено методичний інструментарій, який дозволив виявити та оцінити особливості соціально-психологічної адаптації і пов'язані з нею риси особистості, рівень соціального функціонування та динаміку дисфункції у різних сферах життєдіяльності, ступінь поведінкової дезадаптації, а також дослідити механізми психологічного захисту та характеристики копінг-поведінки хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО. Отримані дані стали підґрунтям для розробки комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм для даної категорії пацієнтів.

#### Список літератури

1. *Дмитриева Т. Б.* Предмет и задачи судебной психиатрии: рук-во по судебной психиатрии; под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. Ткаченко.— М.: Медицина, 2004.— С. 16–21, 473–479.
2. *Котов В. П.* Опасные действия психически больных / В. П. Котов, М. М. Мальцева.— М.: Медицина, 1995.— 240 с.
3. *Зинкина А. П.* Качество жизни и криминальное поведение психически больных / А. П. Зинкина, О. Н. Степанова, Д. В. Четвериков // Психопедагогика в правоохранительных органах.— 2008.— № 3 (34).— С. 72–73.
4. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: моногр. / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова [и др.].— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.
5. *Чуркин А. А.* Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья: рук-во по социальной психиатрии; под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего / А. А. Чуркин.— 2-е изд.— М.: Медицинское информационное агентство, 2009.— С. 483–498.
6. *Кондратьев Ф. В.* Судьбы больных шизофренией:

- клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты; под ред. В. С. Ястребова / Ф. В. Кондрачев.— М: Юстицинформ, 2010.— 402 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— С. 457–465.
  8. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its use.— Geneva, 1988.— 88 p.
  9. Schutz W. Beyond FIRO-B — Three New Theory Derived Measures. Element B: Behavior, Element F: Feelings, Element S: Self / W. Schutz // Psychological Reports.— 1992.— Vol. 70.— P. 915–937.
  10. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс; под ред. Л. Леви.— 1970.— С. 178–208.
  11. Plutchek R. Structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchek, H. Kellerman, H. R. Conte // Emotions in personality and psychopathology; C. E. Izard, ed.— N. Y.: Plenum Press, 1979.— P. 229–257.
  12. Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта / В. Г. Каменская.— СПб.: Детство-пресс, 1999.— 144 с.
  13. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? / E. Heim // Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.— 1988.— Т. 1.— P. 8–17.
  14. Набиуллина Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учеб. пособ. / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова.— Казань, 2003.— 114 с.

### МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

В. Я. ПИШЕЛЬ, А. Н. КУШНИР, М. Ю. ПОЛЫВИНА

**Приведены результаты изучения социально-психологических и личностных характеристик больных шизофренией, которые совершили общественно опасные деяния против жизни человека. Предложен методический инструментарий для выявления особенностей данных характеристик с целью разработки дифференцированных реабилитационных программ для этой категории больных.**

*Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные деяния, методический инструментарий, реабилитация.*

### METHODOLOGICAL ASPECTS OF CREATION OF DIFFERENTIATED PROGRAMS FOR REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS THAT ACCOMPLISHED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

V. Ya. PISHEL, A. M. KUSHNIR, M. Yu. POLYVIANA

**The article reports the results of investigation of social psychological and personality characteristics of the patients with schizophrenia that accomplished socially dangerous acts against person's life. Methodical instruments for detection of the peculiarities of these characteristics were suggested with the purpose to create differentiated rehabilitation programs for this group of patients.**

*Key words: schizophrenia, socially dangerous acts, methodical instruments, rehabilitation.*

Надійшла 17.03.2015