

Роль субъективных оценок психически больных в формировании приверженности лечению и профилактике повторных ООД

Т.Н. Кабанова, младший научный сотрудник, ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России (tatianak0607@yandex.ru)

В.Г. Булыгина, кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России (ver210@yandex.ru)

В статье обосновывается необходимость выявления факторов, необходимых для успешного проведения восстановительного лечения и профилактики повторных общественно опасных действий (ООД) психически больных. Факторов, определяющих не только мотивацию совершения противоправного деяния, но и его мотивировки, а также выделение особенностей восприятия спектра новых проблем, оценки субъективной удовлетворенности лечением. 68 пациентов мужского пола с диагнозом органическое психическое расстройство и шизофрения были протестированы диагностическим комплексом, состоящим из известных методик и новых средств, используемых в отношении правонарушителей в Америке и Канаде, а также нового инструмента проверочного листа отношения к лечению и пребыванию в стационаре (Булыгина В.Г, Кабанова Т.Н., 2011). Проведен сравнительный анализ двух групп испытуемых в зависимости от их нозологической принадлежности.

Использованные в данном исследовании новые методические средства продемонстрировали свою информативную ценность для выделения проблем, которые артикулируются самими больными. Именно эти проблемы должны обсуждаться врачом и психологом совместно с больными и быть мишенями в лечебно-реабилитационных мероприятиях, направленных на профилактику повторных ООД.

Ключевые слова: профилактика повторных ООД, субъективные оценки, комплайенс.

Введение

В числе разнообразных мер профилактики общественно опасных действий (ООД) психически больных ведущую роль играет принудительное лечение (ПЛ). Совершенствование системы профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами требует все более углубленного изучения не только непосредственных причин самого деяния, но и реального отношения пациентов к своей судьбе в связи с новым для них социальным статусом – статусом лиц, признанных психически больными и направленных на принудительное лечение [7]. Каждый пациент имеет обо всем этом свои представления. Это его самоосознание, его понимание роли и позиции своего Я в совершенном ООД и связанные с ним новые реалии социального положения. Это самоосознание определяет мотивацию поведения в дальнейшей жизни больного.

Таким образом, важным для успешного проведения восстановительного лечения является выявление факторов, определяющих не только мотивацию совершения противоправного деяния, но и его мотивировки, выделение особенностей восприятия спектра новых проблем, а также оценка субъективной удовлетворенности лечением. Последнее является не только одним из критериев эффективности лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход социальной адаптации пациента после выписки из стационара [3].

Стремление больных к пониманию таких вопросов: надолго ли он помещен в психиатрическую больницу, что изменится в его социальном статусе после выписки, как к нему будут относиться близкие в дальнейшей жизни, наблюдается практически у всех больных с первого дня поступления на принудительное лечение. Знание того, как больной видит свое будущее после выписки из стационара, необходимо лечащему врачу для последующего определения возможности прекращения принудительного лечения, которое включает в первую очередь оценку степени общественной опасности больного [1], поскольку самооценка пациентом своих возможностей, роли и позиции в системе социальных связей является важнейшим регулятором его поведения.

Усилия идентифицировать переменные, которые предсказывают результаты психосоциального лечения среди больных с выраженными психическими расстройствами, охватывают четверть века. Методология оценки, используемая рядом авторов, выдвигает на первый план роль переменных, сосредоточенных на субъективном опыте и субъективных оценках. В этом случае желание пациентов делать изменения в их обстоятельствах жизни, повышать качество жизни и благополучие, является важным предсказателем хороших результатов восстановления. Существенное значение для адаптации больных с различной психической патологией придается субъективным оценкам и их соответствию реально сложившейся ситуации, то есть качеству жизни. Еще Д.Е. Мелеховым (1963) подчеркивалась важность для адаптации пациентов их осознанного отношения к заболеванию: в противовес патологической компенсации на уровне простого приспособления [6].

Одним из ключевых компонентов работы психологов во время принудительного лечения является выявление пациентов, в отношении которых интенсивные психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны.

Исследования оценки эффективности принудительного лечения и, в частности, конкретных психокоррекционных, психотерапевтических и тренинговых программ, также представляют собой одну из актуальных задач в области профилактики общественной опасности [2]. Такие оценки могут быть представлены в виде объективных поведенческих переменных, самоотчетов пациента или других индикаторов. Формой оценки промежуточных показателей эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий является также удовлетворенность ими со стороны пациентов.

Во многих исследованиях оценки эффективности ПЛ было показано, что успешность реабилитационных и психокоррекционных программ во многом зависит также от оценки и учета потребностей больного. То есть, когда программы «скроены» под его потребности. И в этом случае на первый план выходят переменные, сосредоточенные на субъективном опыте и оценках пациентов [6].

Вышесказанное обуславливает актуальность изучения детерминант, связанных с тем, как больной оценивает свое психологическое и физическое благополучие, и то, как он относится к лечению [4].

Соответственно для разработки психологических аспектов психосоциального лечения больных, находящихся на принудительном лечении актуальным является изучение переменных, сосредоточенных на субъективном опыте и субъективных оценках, а также их связи со структурными составляющими самосознания, отражающими отношение, оценку и регуляторный аспект поведения [5].

Идентификация субъективных оценок пациентов играет немаловажную роль в формировании приверженности их лечению, соблюдению режима. Отсутствие понимания болезни – признанный фактор снижения комплайенса у психически больных.

Под комплайенсом прежде всего понимают следование больного лекарственным назначениям. Существует и другое понимание комплайенса, которое подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями [1]. В такой трактовке считается, что степень комплайенса отражает и степень удовлетворенности пациентом качеством медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что достижение высокого уровня комплайенса обеспечивает снижение рецидивов болезни и как следствие снижает риск совершения повторных ООД.

Каждые два из трех случаев повторной госпитализации являются следствием полного или частичного несоблюдения комплайенса. У пациентов, прекративших прием лекарств, чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение [8]. Таким образом, можно говорить о приверженности пациента к лечению как о важном факторе в профилактике повторных ООД.

Для формирования комплайенса существенными являются отношения с врачом. В этом случае используется понятие «терапевтического альянса», создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. Таким образом, речь идет об

оказываемой помощи на основе принципа партнерства (в противоположность преобладающему ранее патернализму) с формированием у пациента ответственности за свое социальное поведение. Считается, что в результате подобной трансформации помощи психически больным становится возможным достижение лучших результатов, наряду с большей удовлетворенностью ею самими пациентами и их родственниками [7].

Комплаенс определяется также и социальными факторами. Хороший комплаенс высоко коррелирует с наличием и степенью семейной и социальной поддержки. Высокий уровень выражения родственниками негативных эмоций в адрес больных достоверно снижает их комплаенс.

Целью исследования было изучение роли субъективных оценок пациентов в соблюдении режима лечения и в вероятности совершения повторных ООД.

Материал исследования. В группу обследуемых вошли 68 пациентов мужского пола, в возрасте от 19 до 63 лет, находящихся на принудительном лечении в Московской ПБ № 5 и Орловской ПБСТИН. 50% обследованных был выставлен диагноз органическое психическое расстройство (ОПР) (F 06.22F) и 50% – шизофрения (F 20).

Диагностический комплекс включал следующие методики:

1. Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре (Булыгина В.Г., Кабанова Т.Н., 2011). Данная методика предназначена для определения субъективных оценок больных, находящихся на ПЛ и их установок в отношении лечения. В результате анализа историй болезни, протоколов экспериментальных исследований, интервьюирования больных были выделены следующие блоки: отношение к лечению, отношение к пребыванию в стационаре, отношения с врачом и персоналом, отношения доверия между врачом и пациентом, отношения с другими пациентами, атрибуция изменений клинического состояния. Было отобрано 19 утверждений, с несколькими вариантами ответов. Испытуемому предлагалось на каждое утверждение выбрать один вариант ответа.

2. Самоотчет. Самооценка имеющихся проблем. Данная методика используется для оценки риска, который представляет правонарушитель, и идентификации факторов, которые влияют на совершение правонарушения. Методика была разработана совместно Тюремной Службой и Службой Пробации США. Самоотчет состоит из 28 утверждений. Испытуемому предлагается отметить, что является для него проблемой, и связана ли эта проблема с его противоправным поведением.

3. Восприятие социальной поддержки (D. Zimet 1988 г., в адаптации Н.А. Сирота, В.М. Ялтонского (1994)). Шкала представляет собой краткое, измеряемое самосообщение, оценивающее субъективное восприятие социальной поддержки в 12-балльном рейтинге. Она оценивает восприятие социальной поддержки по трем аспектам - «семья», «друзья» и «значимые другие».

4. SCL-90. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (L. Derogatis (1973), адаптирован Тарабриной Н.В. (2001)). Методика предназначена для оценки глубины психических нарушений и динамики психотерапевтического

воздействия. Опросник включает 90 симптомов и ощущений, испытуемому необходимо указать из пяти предложенных вариантов тот, который наиболее точно отражает степень выраженности или отсутствия в его состоянии перечисленных симптомов. Опросник состоит из следующих шкал: соматизации (SOM), межличностной сенсензитивности (INT), обсессивно-компульсивных расстройств (O-C), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), шкалу паранойяльной симптоматики (PAR) и психотизма (PSY). Методика содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI).

5. Опросник социальной желательности BIDR (Paulhus, 1988, в адаптации Е.Н. Осина (2007)). Данная методика предназначена для исследования влияния социальной желательности ответов при психологическом дистрессе. Опросник включает три шкалы: Самообман, Управление впечатлениями, Защитное отрицание. Состоит из 60 утверждений, каждое из которых надо оценить по 7-ми балльной шкале. Шкала Управление впечатлением направлена на диагностику стремления создать наиболее благоприятное впечатление о себе с учетом мотивации на лечение.

Статистическая обработка данных включала описательную статистику, однофакторный анализ, иерархический кластерный анализ.

Результаты исследования.

Сравнительный анализ по данным метрических методик выявил следующее.

Профиль диаграмм средних значений по методике SCL90 схож в обеих группах (рис.1). В группе больных, с диагнозом органическое расстройство личности, выявляется более выраженная симптоматика, наблюдаются пики по переменным «депрессия», «обсессивно-компульсивные расстройства» и утопленный профиль по переменным «враждебность», «фобическая тревожность». В группе больных шизофренией наблюдается пик по переменной «депрессия» и утопленный профиль по переменным «враждебность», «фобическая тревожность».

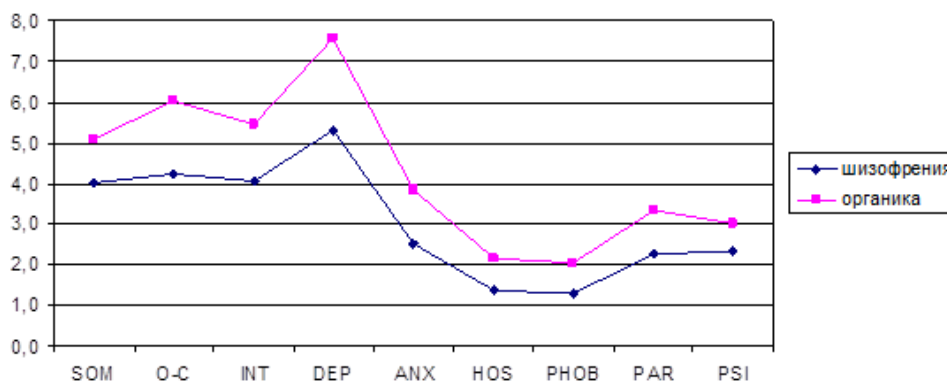


Рис. 1. Средние значения по методике SCL90

Усл. обозначения: соматизация (SOM), межличностная сенсензитивность (INT), обсессивно-компульсивные расстройства (O-C), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльная

симптоматика (PAR), психотизм (PSY), индекс степени выраженности симптоматики (GSI), симптоматический дистресс (PSDI).

Профиль диаграмм средних значений по методике социальной желательности BIDR схож в обеих группах (рис. 2). В группе больных с диагнозом органическое расстройство личности выявляется более выраженная симптоматика, наблюдаются пики по переменным «депрессия», «обсессивно-компульсивные расстройства» и утопленный профиль по переменным «враждебность», «фобическая тревожность». В группе больных шизофренией наблюдается пик по переменной «депрессия» и утопленный профиль по переменным «враждебность», «фобическая тревожность».

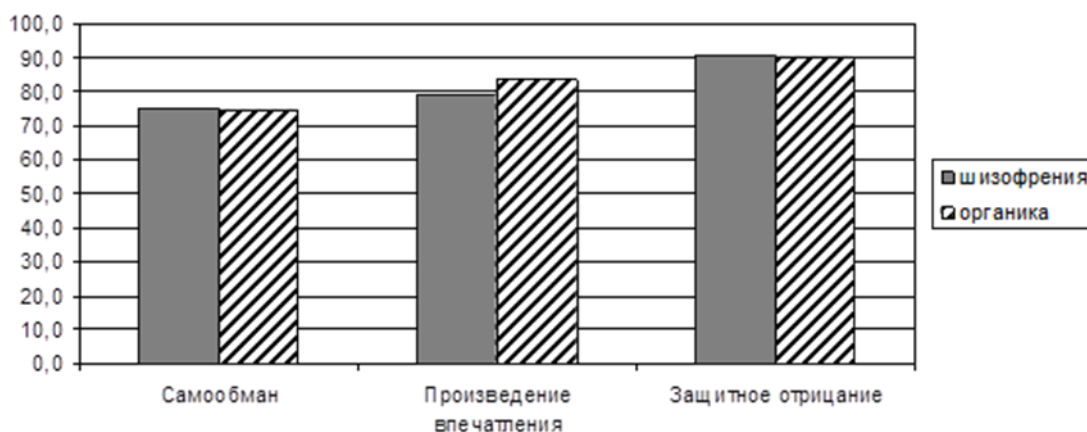


Рис. 2. Средние значения по методике Социальной желательности BIDR

По обеим группам испытуемых выявлено высокое значение по переменной «защитное отрицание», низкое значение по переменной «самообман». По переменной «произведение впечатления» в группе больных с диагнозом органическое расстройство личности значения выше.

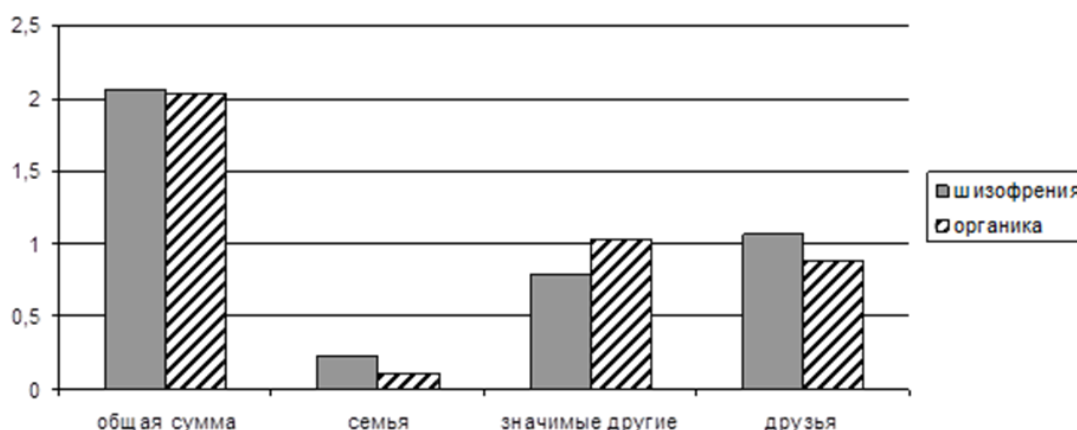


Рис. 3. Средние значения по методике «Восприятие социальной поддержки»

По методике «Восприятие социальной поддержки» выявлены высокие значения по переменной «общая сумма» в обеих группах (рис. 3). Семья представляет низкую социальную поддержку в обеих группах. По переменной

«значимые другие» значения выше у больных с диагнозом органическое расстройство личности. Друзья более значимы для больных с диагнозом шизофрения.

При анализе данных всей выборки по методике «Самооценка имеющихся проблем» при отнесении больных в группу по составу совершенных ООД (убийства, агрессивно-насильственные, корыстные с агрессией, корыстные без агрессии) и количеству привлечений к уголовной ответственности, статистически значимых различий между больными ОНР и шизофренией не было обнаружено.

Больные с образованием ниже среднего и низкой профессиональной квалификацией значимо больше заявляли о проблеме азартных игр и трудностях принятия хороших решений.

При отнесении к различным возрастным категориям выявилась статистически значимая переменная «я считаю себя психически больным», «понимание чувств других людей». В более молодой группе – понимание чувств других людей было выше.

Дескриптивный анализ всего массива данных методики «Самооценка имеющихся проблем» выявил, что нахождение хорошего места, чтобы жить явилось проблемой для 12,1% больных и 3% больных связывают ее со своим правонарушением. «Понимание чувств других людей» заявили как проблему 30,3% обследованных, и связали ее с правонарушением 9,1%. Такую проблему как «следование своим планам» обозначили 39,4% больных, связав ее со своим правонарушением в 15,2% случаев.

Связь между своим правонарушением и азартными играми отметили 18,2% больных, хотя как проблема это было заявлено только в 6,1% случаев. Также совершенное правонарушение больные связывают с дурной компанией в 30,6% случаев, хотя только в 9,1% ответов это было заявлено как проблема. Скука является проблемой для 18,2% больных, со своим правонарушением ее связывают 6,1% испытуемых. Проблема одиночества выявилась у 27,3% больных, связь с правонарушением составила 6,1%. Посещение мест, где могут возникнуть проблемы, отметили в 24,2% случаев, связав ее с правонарушением в 27,3%.

В качестве проблемы употребление наркотиков было выявлено у 15,2% испытуемых, связь с правонарушением отметили 6,1% больных. Проблема употребления алкоголя составила 12,1% ответов, и связь с правонарушением была заявлена в 21,2%.

Связь потери контроля над собой со своим правонарушением отметило 36,4% больных, хотя только в 12,1% обозначают это как проблему.

«Совершение поступков под влиянием момента» заявили как проблему 25% больных и все отметили связь ее со своим правонарушением. Раздражение и агрессия явилось проблемой для 18,8% больных, связь с правонарушением составила 15,6% ответов.

«Получение квалификации» как проблему больные обозначили в 25% ответов, связав с правонарушением в 6,3%. Проблема трудоустройства была

заявлена 24,2% больными, связь ее с правонарушением отметили 15,2% обследованных. Сохранение работы считали проблемой 36,4% обследованных. Однако связь с правонарушением отметили 9,1% из них.

Управлять деньгами, отдавать долги проблемно было для 21,2% обследованных, с правонарушением эту проблему связали 12,1%. Трудности в отношениях с женой отметили 9,1% больных. Способность принимать хорошие решения является проблемой для 30,3%, однако связывают ее с правонарушением лишь 9,1%.

Аффективные расстройства в виде депрессии отметили в качестве проблемы 18,2% обследованных, связав с правонарушением – в 12,1%. Чувство стресса было заявлено в качестве проблемы в 18,2% случаев. Проблема отсутствия партнера обозначена в 33,3%, с правонарушением это связали 9,1% больных.

На вопрос о вероятности совершения ООД в будущем большинство больных ответили «вряд ли», что составило 60,6%, «определенно нет» ответили 33,3% и «вполне вероятно» ответили 6,1% больных.

Группу больных с диагнозом органическое психическое расстройство статистически значимо по данным однофакторного анализа методики «Самооценка имеющихся проблем» отличало обозначение ими проблемы азартных игр, связи с дурной компанией, сформированности навыков чтения и письма, получение квалификации, заботы о детях.

Частотный анализ по методике «Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре» показал:

У больных ОПР возникают конфликты с медицинским персоналом в 28,6% случае из-за волнения перед комиссией, в 14,3% после плохих вестей из дома, в таком же количестве случаев после отказа в грубой форме и потому что «плохая погода». У больных шизофренией в 36,8% – после отказа в просьбе в грубой форме.

У больных с ОПР конфликты с врачом возникают в 42,9% из-за того, что больные считают, что врач не понимает их проблемы. При этом 28,6% больных считают, что лечащий врач на самом деле им симпатизирует.

У больных шизофренией в 36,8% конфликты с врачом происходят из-за того, что они считают, что врач не понимает их проблемы. 15,8% больных заявили, что на самом деле врач им симпатизирует.

Ухудшение состояния первыми замечают по мнению больных ОПР в 57,1% они сами, в 21,4% случаев – врач. По мнению больных шизофренией ухудшение их состояния первыми замечают 68,4% испытуемых, у 21,1% опрошенных – врач.

Доверяют больше всего себе 57,1% больных ОПР, 28,6% опрошенных – врачу. Среди больных шизофренией 68,4% доверяют себе, 31,6% - врачу.

У больных ОПР настроение улучшается в половине случаев после новостей из дома, 28,6% опрошенных заявляют, что у них всегда хорошее настроение. У 36,8% больных шизофренией настроение улучшается после новостей из дома, 21,1% отметили, что у них всегда хорошее настроение, после беседы с врачом.

У 50 % больных ОПР настроение может ухудшиться из-за плохого самочувствия, у больных шизофренией в 42,1% – из-за отсутствия новостей из дома.

Половина больных ОПР и шизофренией (50 и 52,6% соответственно) считают себя «не совсем» психически больными.

50% больных ОПР преодолевают страхи о том, что будет с ними после выписки из больницы. Об этом же крайне обеспокоено 31,65% больных шизофренией, 15,8% больных опасаются того, что могут повторно «попасться».

Более 70% всех опрошенных заявили о том, что у них не возникают конфликты с соседями по палате. Вместе с тем, у больных ОПР не складываются отношения с соседями по палате в 35,7% из-за того, что они его не понимают, у 21,4% опрошенных – из-за того, что они отстаивают справедливость. В два раза большее количество больных шизофренией (52,6%) заявили в качестве причины проблемных отношений с соседями по палате отстаивание ими справедливости.

42,9% больных ОПР отметили, что отношения с соседями по палате у них сложились в связи с тем, что они помогают соседям в случае таковых просьб, а 21,4% объяснили это тем, что у них хороший характер. Те же обоснования хороших отношений с соседями по палате выдвинули 26,3% больных шизофренией.

35,7% больных ОПР объяснили появление у них агрессии в случаях, когда с ними грубо разговаривают и столько же – когда плохо себя чувствуют. В два раза большее количество больных шизофренией (68,4%) объяснили агрессивные формы поведения тем, что с ними грубо разговаривают.

При этом во время «приступов злости» 42,9 % больных ОПР не предпринимают никаких действий, 28,6% – стараются самостоятельно справиться с этим состоянием. 57,9% больных шизофренией стараются справиться самостоятельно со злобным аффектом.

Более половины больных ОПР (57,1%) и 36,8% больных шизофренией объясняют нарушение режима провокативным поведением окружающих. 26,3% больных шизофренией считают, что их «подставили».

Половина опрошенных больных ОПР довольны своим лечением поскольку улучшилось их самочувствие, 42,9% опрошенных отметили, что полностью доверяют своему врачу. 50 % больных считают, что пребывание в отделении идет им на пользу, так как «стали лучше понимать жизнь».

Чуть более половины больных шизофренией (52,6%) также довольны своим лечением в связи с тем, что стали лучше себя чувствовать, а 36,8% больных полностью доверяют своему врачу. 36,8% больных «стали лучше понимать жизнь», а 26,3% разобрались в своих проблемах.

Вместе с тем 35,7% больных ОПР не довольны своим лечением из-за множества побочных эффектов, 21,4% больных боятся привыкания к препарату.

Анализ таблиц сопряженности по методике «Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре» показал, что в группе больных, повторно находившихся на принудительном лечении, значимо чаще среди причин страхов

было опасение того, «что будет, когда выйду из больницы». Такие больные значимо чаще других пациентов объясняли нарушения режима внешними провокациями. Они значимо чаще были довольны своим лечением из-за того, что стали лучше себя чувствовать и значимо реже других больных отмечали улучшение познавательной деятельности («я лучше соображаю»).

Анализ таблиц сопряженности в группе больных, ранее находившихся на лечении в общепсихиатрических стационарах, статистически значимо чаще показал, что в качестве объяснения хороших отношений с коллективом в стационаре была безотказность в помощи («я всегда помогаю, если меня просят»). Такие больные значимо реже указывали на свой характер и развитый копинг («у меня хороший характер» и «я никогда никому не мешаю»). Также в этой группе значимо больше было больных, которые были довольны лечением в связи с улучшением самочувствия и не довольны из-за «боязни привыкания к препарату».

В группе больных с диагнозом органические психические расстройства выявлены связи между следующими переменными: межличностная тревожность положительно связана с переменной паранойяльность, переменная «произведение впечатления» положительно связана с переменной психотизм, общая сумма всех переменных положительно связана с переменными межличностная тревожность, семья, значимые другие, друзья.

В группе больных с диагнозом шизофрения выявлены связи между следующими переменными: переменная обсессивность-компульсивность положительно связана с переменными межличностная тревожность, депрессивность, тревожность, враждебность, паранойяльность. Межличностная тревожность положительно связана с переменными депрессивность, тревожность, враждебность, паранойяльность, психотизм. Переменная депрессивность положительно связана с переменными обсессивность-компульсивность, тревожность, враждебность, паранойяльность, психотизм. Переменная тревожность положительно связана с переменными обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, враждебность, паранойяльность, произведение впечатления. Переменная враждебность положительно связана с переменными обсессивность-компульсивность, межличностная тревожность, паранойяльность, произведение впечатления, депрессивность. Переменная произведение впечатления положительно связана с переменной депрессивность. Общая сумма всех переменных положительно связана с переменными семья и значимые другие. Такой фактор как семья положительно связан с переменной значимые другие.

Выявлены отрицательные корреляции между следующими переменными: переменная самообман отрицательно связана с фактором семья.

При отнесении больных шизофренией в различные возрастные подгруппы статистически значимый вклад вносили переменные «у меня возникают конфликты с врачом» по причине – «врач не понимает мои проблемы». Группу больных шизофренией с повторными госпитализациями значимо отличало доверие только к себе.

По методике Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре в группе больных шизофренией было выделено 2 кластера: первый

кластер характеризуется значимостью переменной «у меня возникают конфликты с медицинским персоналом». Второй кластер характеризуется значимостью по переменной «мое настроение может ухудшиться» (Рис. 4).



Рис. 4. Результаты по методике ОЛПС больных шизофренией

По той же методике в группе больных ОЛПС было выделено 2 кластера: первый кластер характеризуется значимостью переменной «у меня возникают конфликты с врачом». Второй кластер характеризуется высоким значением по переменной «у меня возникают конфликты с медицинским персоналом» (Рис. 5).

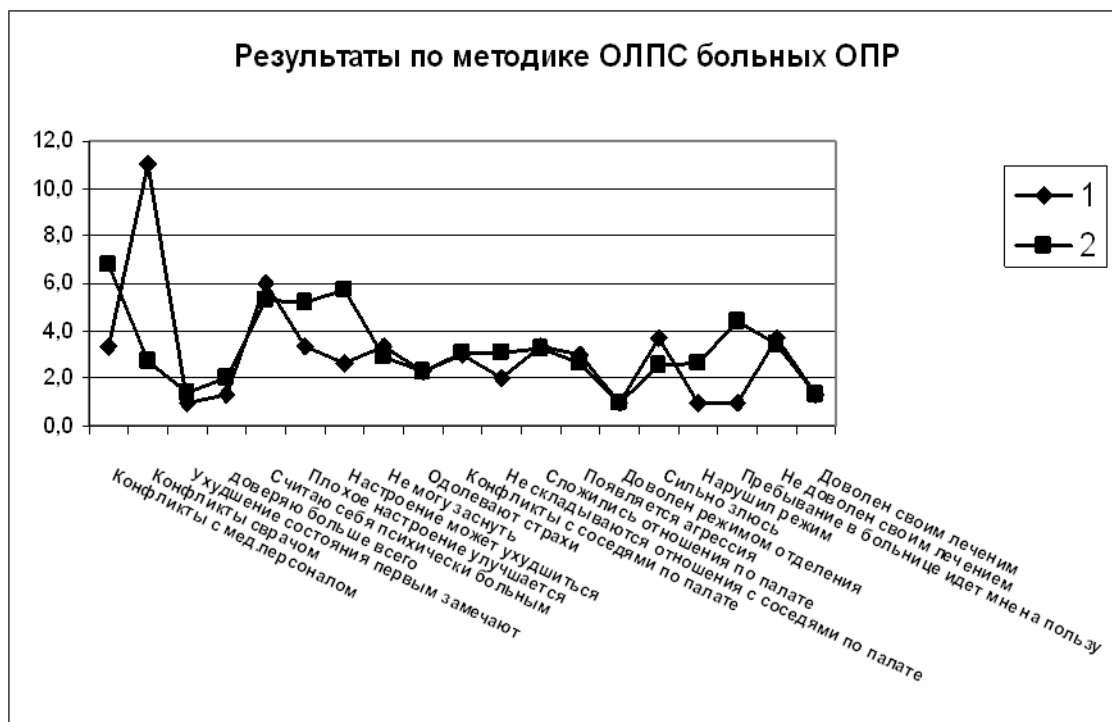


Рис.5. Результаты по методике ОЛПС больных ОПР

Заключение

Анализ субъективных оценок имеющихся проблем в обследованной выборке выявил, что больные с образованием ниже среднего и низкой профессиональной квалификацией значительно больше заявляли о проблеме азартных игр и трудностях принятия хороших решений. У лиц более молодого возраста понимание чувств других людей было выше.

Все обследованные больные значительно связывали свое правонарушение с увлечением азартными играми и связью с дурной компанией, хотя не выделяли это как проблему. Для большинства обследованных больными проблемами явились: следование своим планам, одиночество, потеря контроля над собой, получение квалификации, получение и сохранение работы, принятие хороших решений и проблема отсутствия партнера.

Четверть больных отметили как проблему совершение поступков под влиянием момента и связали это с совершенным правонарушением. Употребление наркотиков и алкоголя не являлось основной проблемой для обследованных.

Сравнительный анализ больных шизофренией и ОПР выявил определенные различия в атрибуции причин нарушений режима в отделении, конфликтов с соседями по палате и медицинским персоналом.

У больных с ОПР конфликты с медицинским персоналом в трети случаев происходили из-за волнения перед комиссией, у больных шизофренией в 36,8% – после отказа в просьбе в грубой форме. Около 40% больных обеих нозологических

групп показали, что конфликты с врачом возникали из-за того, что больные считают, что врач не понимает их проблемы.

В два раза большее количество больных шизофренией, нежели больных с ОПР объясняли агрессивные формы поведения тем, что с ними грубо разговаривают.

Более половины больных ОПР и больных шизофренией объясняют нарушение режима провокативным поведением окружающих.

В группе больных, повторно находившихся на принудительном лечении, значимо чаще среди причин страхов было опасения того, «что будет, когда выйду из больницы». Такие больные значимо чаще других пациентов объясняли нарушения режима внешними провокациями. Они значимо чаще были довольны своим лечением из-за того, что стали лучше себя чувствовать, и значимо реже других больных отмечали улучшение познавательной деятельности («я лучше соображаю»).

Таким образом, использованные в данном исследовании новые методические средства продемонстрировали свою информативную ценность для выделения проблем, которые артикулируются самими больными. Именно эти проблемы должны обсуждаться врачом и психологом совместно с больными и быть мишенями в лечебно-реабилитационных мероприятиях, направленных на профилактику повторных ООД.

Литература

1. *Ануфриев А.К.* Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных // *Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями.* М., 1974.
2. *Булгыгина В.Г.* Психокоррекционная работа в учреждениях, осуществляющих принудительное лечение лиц, совершивших общественно опасные действия. *Медицинская и судебная психология.* Учебное пособие / под ред. Дмитриевой Т.Б., Сафуанова Ф.С. М., 2004.
3. *Василевский В.Г., Завидовская Г.И.* Роль социально-психологический факторов принудительного лечения психически больных. *Сборник научных трудов.* М., 1989.
4. *Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных в меняющемся мире // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* 1995. № 4.
5. *Кондратьев Ф.В.* Концепция качества жизни для судебной психиатрии / *Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой.* М., 2004. Вып. 1.

6. *Котов В.П., Мальцева М.М.* Первичная профилактика общественно опасных действий психически больных //Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Матер. Российской конференции. М., 2004.
7. *Мелехов Д.Е.* Социальная психиатрия и реабилитация психически больных. М., 1981.
8. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей // Под ред. В.П. Котова. М., 2006.

The role of subjective assessments of mental patients in the forming of commitment to treatment and prevention of repeated socially dangerous acts

T.N. Kabanova, junior researcher, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbский, Russian Ministry of healthcare and social development (tatianak0607@yandex.ru)

V.G. Bulygina, PhD in Psychology, head of laboratory of psychological problems of judicial psychiatric preventive treatment, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbский, Ministry of healthcare and social development (ver210@yandex.ru)

The contribution justifies the necessity of identification of factors which are essential for successful rehabilitation treatment and prevention of repeated socially dangerous acts of mental patients, factors which define not only motivation for committing an unlawful act but its motive, as well as identification of peculiarities of perception of a range of new problems, assessment of subjective satisfaction with treatment. 68 males patients with organic mental disorders and schizophrenia were tested by a diagnostic complex consisting of known methods and new instruments used for delinquents in America and Canada, as well as a new instrument – test sheet for attitude toward treatment and hospital stay (Bulygina V.G., Kabanova T.N., 2011). Two groups of testees were analyzed according to their nosological characteristics.

New methodical means used in this research showed their informative value for identification of problems articulated by patients. These problems must be discussed by doctor and psychologist together with patients and must be the targets in medical rehabilitation actions aimed at prevention of repeated socially dangerous acts.

Keywords: prevention of repeated socially dangerous acts, subjective evaluations, compliance.

References

1. *Anufriev A.K.* Kompensacija i adaptacija kak biosocial'naja osnova reabilitacii psihicheski bol'nyh // Vrachebno-trudovaja jekspertiza i social'no-trudovaja reabilitacija lic s psihicheskimi zabolevanijami. M., 1974.
2. *Bulygina V.G.* Psihokorrekcionnaja rabota v uchrezhdenijah, osuwestvljajuwih prinuditel'noe lechenie lic, sovershivshih obwestvenno opasnye dejstvija. Medicinskaja i sudebnaja psihologija. Uchebnoe posobie/pod red. Dmitriewoj T.B., Safuanova F.S. M., 2004.
3. *Vasilevskij V.G., Zavidovskaja G.I.* Rol' social'no-psihologicheskij faktorov prinuditel'nogo lechenija psihicheski bol'nyh. Sbornik nauchnyh trudov. M., 1989.
4. *Kabanov M.M.* Reabilitacija psihicheski bol'nyh v menjajuwemsja mire // Obozr. psihiatr. i med. psihol. im. V.M. Behtereva. – 1995. - № 4.
5. *Kondrat'ev F.V.* Koncepcija kachestwa zhizni dlja sudebnoj psihiatrii / Metodicheskie i organizacionnye problemy sovremennoj sudebno-psihiatricheskoj praktiki / Pod red. akad. RAMN T.B. Dmitriewoj. M: GNCS SP im. V.P. Serbskogo, 2004. – Vyp. 1.
6. *Kotov V.P., Mal'ceva M.M.* Pervichnaja profilaktika obwestvenno opasnyh dejstwij psihicheski bol'nyh // Sovremennye tendencii organizacii psihiatricheskoj pomowi: klinicheskie i social'nye aspekty: Mater. Rossijskoj konferencii. M., 2004.
7. *Melehov D.E.* Social'naja psihiatrija i reabilitacija psihicheski bol'nyh. M., 1981.
8. Prinuditel'noe lechenie v psihiatricheskom stacionare. Rukowodstvo dlja vrachej. // Pod red. V.P. Kotowa. M., 2006.