

УДК 616.89:616.89-008.44:301.151

© Л. Н. Гуменюк, 2009.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л. Н. Гуменюк

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии ФПО
(зав.каф. проф. В. А. Вербенко) Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,
г. Симферополь.*

INDIVIDUAL - PERSONAL PREDICTOR FORMATIONS OF THE LIMITED ABILITY TO INTEGRATION INTO COMMUNITY AT PERSONS WITH MENTAL FRUSTRATION

L. N. Gumenyuk**SUMMARY**

In article results of research individual - personal predictor are submitted to the limited ability to integration into community at persons with mental frustration.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ОБМЕЖЕНОЮ ЗДАТНІСТЮ ДО ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО В ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Л. Н. Гуменюк**РЕЗЮМЕ**

У статті наведено результати дослідження індивідуально-особистісних предикторів обмеженої здатності до інтеграції у суспільство в осіб з психічними розладами.

Ключевые слова: психически больные, бездомные, ограниченная способность к интеграции в сообщество, индивидуально-личностные предикторы.

По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и научной литературы отмечается значительный рост бездомных в последние десятилетия во всех странах, включая Украину. В мире данный контингент составляет около 100 млн. человек. По данным Института Урбанистики, в США около 3,5 млн. лиц без постоянного места жительства, из них 1,35 млн. – дети [1]. По результатам исследования Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, общая численность бездомных в России составляет от 4,0 до 4,5 млн. человек, или 2,76%-3,44% населения [2]. По другим источникам, к «социально уязвимым» слоям общества – лицам без определенного места жительства – можно отнести не менее 10,0% населения, имеющих низкое качество жизни (КЖ) и социальное функционирование (СФ) [3]. По информации М. Салюты, взрослые бездомные в Украине составляют от 23 до 40 тыс. человек. По данным МВД Автономной Республики Крым, в течение 2006-2007 гг. зафиксировано более 2 тыс. человек без определенного места жительства [4].

Существуют разнообразные представления об этиопатогенетических механизмах формирования бездомности (ограниченной способности к интеграции в сообщество (ОСИС) у психически

больных. Так, в качестве причин формирования выделяют биологические [5], психологические [6], психосоциальные [7] и социальные [8] факторы.

М.В. Ромм (2000) [9] указывает, что если обратиться к клиническим примерам, то можно заметить, что даже в тех случаях, когда дезадаптация и конфликт обусловливаются психотической симптоматикой, ее влияние на поведение не носит прямого и непосредственного характера. Оно всегда опосредовано системой личностных характеристик больного и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой. ОСИС предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации, какой бы «псевдореальной» эта ситуация ни была.

Установлено [10], что феномен бездомности имеет свои стадии, закономерности, результатом которых является увеличивающийся отрыв человека от общества, имеющий как объективный (ухудшение возможностей трудоустройства, разрыв всех связей с родственниками и друзьями и т. д.), так и субъективный, ментальный характер. В этом смысле можно утверждать, что бездомность – это определенная позиция «на дне» общества, чей характерный признак – резкое сокращение возможностей мобильности. Данная закономерность

проявляется и при психотических, и при невротических расстройствах. Уровень социализации личности и ее базисные установки определяют выбор того или иного варианта поведения при психических нарушениях. Иначе не представляется возможным понять, почему при одном и том же заболевании, при наличии одинаковой психопатологической симптоматики одни больные становятся бездомными, а другие – нет. Тщательный клинико-психологический анализ позволяет очертить границы этого «личностного этапа», вскрыть его структуру и определить влияние на дальнейшее поведение больного. Приведенные аргументы позволяют отвергнуть тезис о непосредственной зависимости формирования ОСИС (бездомности) от болезненных симптомов. В еще большей степени это касается непсихотических расстройств, т. е. «пограничной патологии» и периодов ремиссий эндогенных психозов. Именно данная категория, по сравнению с психотическими больными, наиболее часто открыта для неблагоприятных средовых влияний, что несоизмеримо расширяет поле конфликтных переживаний. Клиническая симптоматика в патогенезе бездомности и ОСИС явно отстает на второй план за счет выдвижения личностных и микросоциальных факторов. Для прогноза формирования ОСИС (бездомности) важнее при этом не столько содержание и структура психопатических или невротических синдромов, сколько реальные социальные взаимоотношения больного, преморбидные характеристики, сформировавшиеся установки [11]. В современных исследованиях по психологии и психиатрии данные системного анализа психологических (индивидуально-личностных) детерминант, приводящих людей к бездомности и ОСИС, практически отсутствуют, а отдельные издания носят в основном публицистический характер. По данным Э. Аронсона (1998) [12], к психологическим факторам, способствующим развитию ОСИС, можно отнести такие индивидуально-личностные особенности, как низкий уровень коммуникативных процессов и недостаточное развитие познавательной сферы.

Цель исследования - выявить психологические предикторы возникновения и формирования ОСИС у лиц с психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 311 лиц с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Средний возраст исследованных составлял $37,4 \pm 9,9$ года, у женщин – $37,4 \pm 9,6$, у мужчин – $32,2 \pm 7,3$ года. Выборка включала две группы обследованных. Первая группа состояла из 161 человека без определенного места жительства.

Из них в основную группу выделены 128 лиц из вышеуказанного контингента с различными диагнозами психического расстройства, которые при условии информационного согласия приняли

участие в разработанной системе реабилитации. В контрольную группу выделены 33 бездомных, которые по субъективным и/или объективным причинам были исключены из участия в реабилитации (находились в алкогольном опьянении, нарушали программу РМ).

Вторую группу (группу сравнения) составили 150 психически больных без определенного места жительства, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах. У всех обследованных данной группы согласно разработанной нами классификации на основании международных подходов диагностирована ОСИС [13]. Критериями включения пациентов в группу являлись: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе, диагноз психического расстройства по МКБ-10.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический.

В рамках клинико-психопатологического - проводилось структурированное психопатологическое интервью, основной задачей которого была комплексная оценка психического статуса больного, характеристик ОСИС и психопатологических нарушений. Квалификацию выявляемых психических расстройств определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) [14].

Психодиагностический метод применяли с целью определения психологических закономерностей формирования ОСИС у исследованных [15] и включал в себя использование стандартизированного опросника Мини-мульт (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП) Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова (1960) [16] (это считалось вполне уместным, учитывая направленность данной методики для многомерной диагностики психического состояния, его динамики в процессе лечения и под воздействием внешних факторов, широкого спектра типологических особенностей личности и поведения, уровня и качества социальной адаптации, специфики защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях).

Для статистической обработки результатов использовались параметрические и непараметрические критерии [17-19].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Первым этапом исследования был анализ клинических особенностей психически больных лиц с ОСИС, который позволил установить следующее (рис 1): по нозологической структуре исследованных

в основной, контрольной и группе сравнения преобладали психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя ($51,6 \pm 5,0\%$, $48,5 \pm 5,0\%$, $50,0 \pm 5,0\%$ соответственно).

Достоверные различия между группами ($p < 0,001$) выявлены в нозологической структуре депрессивных расстройств и шизофрении. Депрессивные расстройства ($35,2 \pm 7,6\%$ – в основной и $36,3 \pm 7,6\%$ – в контрольной) были диагностированы

только в группах обследованных без определенного места жительства. У психически больных с ОСИС, находящихся на лечении в психиатрических стационарах, случаев аффективной патологии не выявлено (в $33,3 \pm 4,7\%$ диагностирована параноидная форма шизофрении, в $9,3 \pm 2,9\%$ – умственная отсталость легкой степени выраженности, в $7,3 \pm 4,5\%$ – расстройства личности).

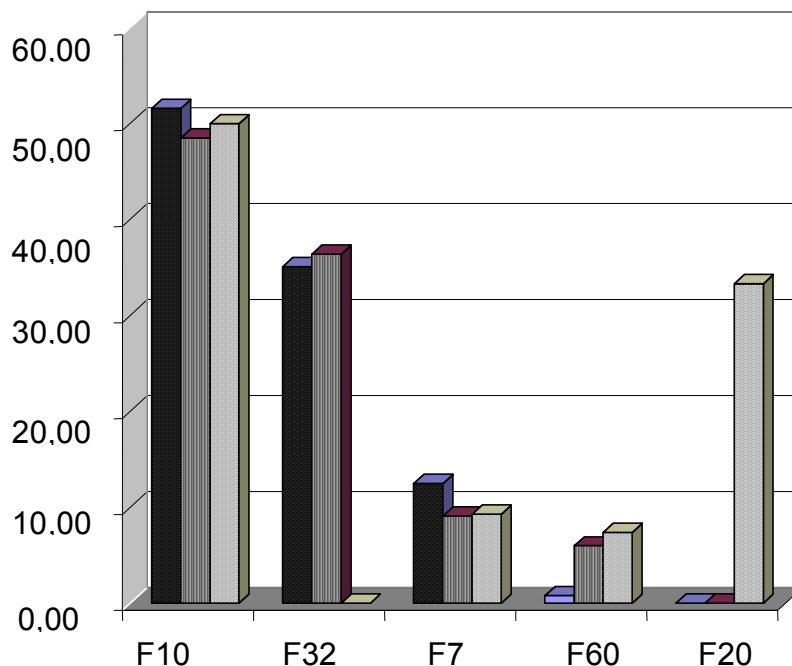


Рис. 1. Распределение обследованного контингента по нозологической структуре (в %).

Вторым этапом было изучение личностных особенностей обследованного контингента, которое проводили с помощью стандартизованного опросника Мини-мульт (табл. 1). Профиль личности обследованных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя характеризовался высоким значением шкалы шизоидности ($71,7 \pm 10,3T$).

У них отмечалась совокупность симптомов, характерных для изменений личности по аутистическому типу: эмоциональная холодность и неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений, находящее свое выражение в странных или необычных мыслях и поступках, избирательность или поверхностность контактов; изоляция в результате нарушения социальных контактов и слабости семейных связей, отсутствие глубоких интересов, ощущение воздействия извне, внутренняя напряженность и неудовлетворенность ситуацией, своеобразное восприятие.

Поведение таких лиц представлялось эксцентричным, лишенным естественной эмоциональной окраски или надменным. Усредненный профиль депрессивных больных в

целом характеризовался повышением шкалы депрессии ($75,7 \pm 18,3T$), шкалы ипохондрии ($73,6 \pm 11,6T$). Второй подъем профиля у данных исследованных был весьма выражен по шкале психастении ($72,9 \pm 15,6T$) и шкале шизоидности ($76,9 \pm 20,3T$). Профиль резко снижался по шкале гипомании ($44,9 \pm 14,3T$).

Обследованным данной группы были присущи такие психологические особенности, как пессимистичность, замкнутость, застенчивость, неуверенность, снижение настроения, пониженная самооценка. Индивидуумы выглядели как ушедшие в себя и избегающие контактов. Их уединенность и отгороженность отражали стремление избежать разочарования.

У лиц с диагнозом «умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами» пик на шкале истерии ($92,1 \pm 2,9T$) и шкале шизоидности ($92,3 \pm 3,5T$) сочетался с подъемом по шкале ипохондрии ($90,7 \pm 3,4T$). При этом уровень профиля по шкале депрессии оказался ниже ($86,1 \pm 3,3T$), чем по шкале ипохондрии и истерии. Этот тип личностного профиля отражал устранение тревоги (снижение по шкале депрессии) за счет соматизации (повышение профиля

по шкале ипохондрии) и вытеснения ее с демонстративного поведения (повышение профиля по шкале истерии). Реакции такого типа позволяли обследованным истолковывать жизненные затруднения, неспособность оправдать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний и т. п. с точки зрения социально приемлемой и представляющейся рациональное

самому испытуемому. Затрудненность повседневных контактов у данного контингента провоцировала социальную изоляцию, поскольку ситуации, требующие таких контактов, усиливали ощущение внутренней напряженности.

Дистанцированность, отчужденность приводили к тому, что они испытывали затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира.

Таблица 1

Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в основной группе исследованных

Показатель	Группа				
	F10	F32.0	F32.11	F60.1	F70
L	49,3±9,2	45,6±12,4	65,4±6,2	32,0	59,8±10,4
F	61,9±14,9	68,6±8,5	77,3±3,6	75,0	72,6±11,5
K	46,9±8,8	51,5±3,8	58,6±2,2	50,0	44,6±8,3
Hs	56,97±16,4	73,6±11,6	90,8±3,4	49,0	73,2±8,3
D	64,6±10,3	75,7±18,3	86,2±3,3	42,0	66,1±12,1
Hу	60,7±13,6	64,4±18,0	92,1±2,9	33,0	35,9±14,4
Pd	53,2±9,9	64,5±4,5	71,1±2,5	58,0	42,3±6,0
Pa	49,2±12,3	58,0±20,5	68,8±6,0	66,0	42,8±13,9
Pt	68,1±8,1	72,95±15,6	83,9±4,6	62,0	63,3±10,2
Se	71,7±10,3	76,9±20,3	92,3±3,5	91,0	65,9±12,1
Ma	50,4±6,3	44,95±14,3	52,7±3,6	70,0	43,3±9,3

Примечание (здесь и в последующих таблицах): L – шкала лжи; F – шкала достоверности; K – шкала коррекции; Hs – ипохондрия; D – депрессия; Hу – истерия; Pd – психопатия; Pa – паранойяльность; Pt – психастения; Se – шизоидность; Ma – гипомания.

У исследованных с легкой умственной отсталостью в качестве ведущей в профиле выступала шкала ипохондрии (73,1±8,3Т), что указывало на «близость» обследованных к астеноневротическому

типу личности. Средние значения баллов по шкале опросника Мини-Мульти в основной группе исследованных представлены на рис. 2.

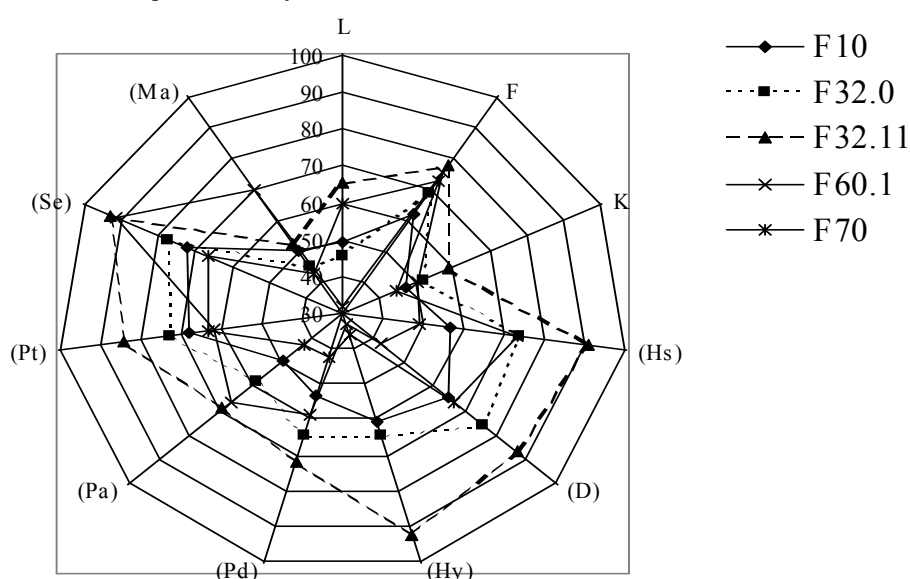


Рис. 2. Средние значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в основной группе исследованных

Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в контрольной группе обследованных отображены в табл. 2.

Таблица 2

Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в контрольной группе обследованных

Показатель	Группа				
	F10 ($\bar{x} \pm Sd$)	F32.0 ($\bar{x} \pm Sd$)	F32.11 ($\bar{x} \pm Sd$)	F60.1 ($\bar{x} \pm Sd$)	F70.0 ($\bar{x} \pm Sd$)
L	40,3±9,5	50,0±20,8	44,0±11,1	62,0±8,5	56,0±12,0
F	67,9±16,8	51,0±30,1	50,5±3,7	67,5±19,1	54,0±7,0
K	55,0±6,65	45,0±5,0	55,5±1,6	53,5±10,6	57,3±3,5
Hs	66,8±8,8	67,5±5,3	80,8±6,9	49,0±2,8	60,3±4,7
D	62,7±13,0	70,0±12,7	90,5±2,7	33,0	47,0±5,0
Hу	54,6±13,5	56,5±14,6	71,5±4,8	29,00	42,0±4,0
Pd	63,1±14,9	59,8±3,2	66,0±19,2	35,5±4,9	51,3±4,9
Pa	50,1±22,8	56,5±19,3	76,5±3,7	33,0±15,6	24,3±4,0
Pt	70,7±18,8	66,3±14,9	82,0±8,6	45,0±2,8	49,7±6,1
Se	72,8±17,7	69,1±6,1	84,0±11,8	52,5±7,8	58,3±7,5
Ma	44,1±17,8	38,5±6,6	41,5±0,5	32,0±18,4	47,7±5,5

Профиль личности обследованных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя характеризовался незначительным повышением пика по шкале шизоидности (72,8±17,6Т) и шкале психастении (70,7±18,7Т), что говорило о склонности испытуемых к аутизации, дистанцированию, отчуждению с ригидностью и стремлением возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные конфликты. В группе обследованных с легким депрессивным эпизодом регистрировался подъем по шкале депрессии (70,±12,7Т). В данном случае с учетом минимального уровня по шкале гипомании

(38,5±6,6Т) можно говорить о хронически тревожных личностях или о лицах с субдепрессивным темпераментом (конституционально-депрессивные по П.Б. Ганнушкину).

У обследованных с диагнозом «умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами» пик по шкале депрессии (90,5±2,7Т) сочетался с подъемом по шкале шизоидности (84,0±11,8Т), шкале ипохондрии (80,8±6,9Т) и шкале психастении (82,0±8,6Т).

У исследованных с шизоидным расстройством личности в качестве ведущей в профиле, расположенной в рамках нормативного разброса, выступала шкала шизоидности (52,5±7,8Т). Для них

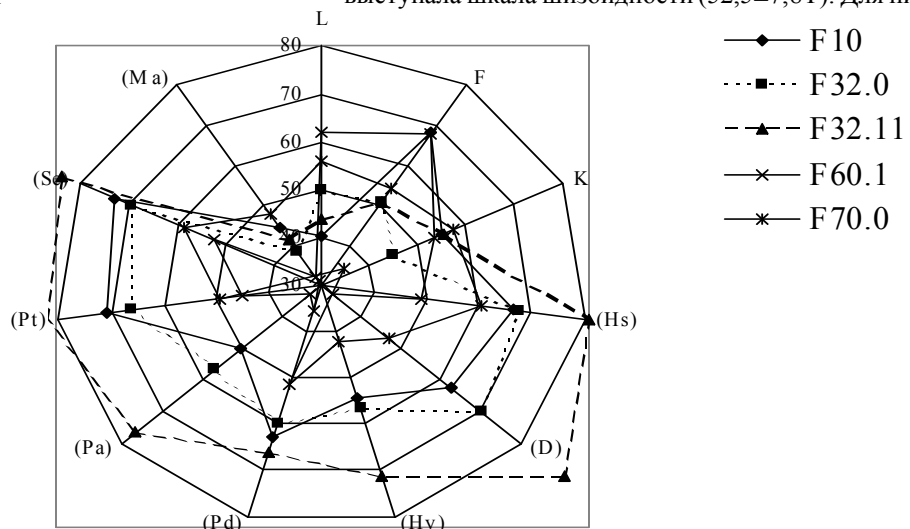


Рис. 3. Средние значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в контрольной группе исследованных

характерным являлась ориентировка главным образом на внутренние критерии, утрата способности к интуитивному пониманию окружающих и в связи с этим нарушение адекватного эмоционального реагирования.

Профиль исследованных с легкой умственной отсталостью характеризовался незначительным повышением, но находящимся в пределах нормы шкалы ипохондрии (60,3±4,7Т). У больных данной группы отмечалось повышенное внимание к себе, обуславливающее перенесение ощущения угрозы с межперсональных отношений на процессы, происходящие в собственном организме,

сочетающиеся с недостаточной способностью контролировать свои эмоции. Таким образом, повышение профиля по шкале ипохондрии отражает соматизацию тревоги, осуществляемую не непосредственно, как это имеет место у демонстративных личностей, а через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений, связанных с тревогой.

Средние значения баллов по шкале опросника Мини-Мульт в контрольной группе исследованных представлены на рис. 3. Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульт в группе сравнения обследованных отображены в табл. 3.

Таблица 3

Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульт в группе сравнения обследованных

Показатель	Группа					
	F60.1 ($\bar{x} \pm Sd$)	F60.2 ($\bar{x} \pm Sd$)	F10 ($\bar{x} \pm Sd$)	F60.3 ($\bar{x} \pm Sd$)	F20 ($\bar{x} \pm Sd$)	F70 ($\bar{x} \pm Sd$)
L	50,0±15,5	50,0±25,5	45,2±9,9	44,0±14,7	52,9±10,8	53,4±9,6
F	64,5±2,8	43,5±14,9	56,7±15,4	41,4±7,7	62,2±20,2	62,7±11,5
K	50,8±7,1	49,5±16,3	45,9±8,0	49,0±8,8	47,1±9,1	49,9±9,4
Hs	49,0±1,6	40,0±2,8	56,99±10,6	35,0±10,5	61,1±10,6	68,0±14,2
D	37,5±5,2	56,0±12,7	55,3±11,5	52,6±7,4	58,9±14,2	64,2±22,7
Hу	33,3±6,1	52,5±14,9	44,7±12,3	47,0±9,5	48,6±12,8	56,4±15,8
Pd	42,0±11,2	82,8±5,7	52,6±10,4	92,1±4,4	53,4±11,1	54,1±7,4
Pa	44,0±17,96	40,0±5,7	36,5±14,5	37,8±10,8	76,0±2,0	51,9±11,0
Pt	51,8±8,5	58,5±4,95	55,9±10,7	59,8±4,3	62,8±9,8	66,1±17,3
Se	68,3±19,6	60,5±7,8	56,9±12,3	57,8±6,1	63,6±12,8	69,2±14,8
Ma	46,8±21,2	58,5±3,5	40,4±9,6	49,6±10,1	48,6±10,5	46,0±13,8

Профиль личности обследованных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя характеризовался одновременным повышением шкалы «шизоидность» (56,9±12,3Т) и шкалы «ипохондрия» (56,9±10,6Т). Незначительное повышение пика профиля по шкале шизоидности и шкале ипохондрии указывало на ригидный стереотип поведения исследованных, ориентированный на заботу о физическом благополучии, которая использовалась как средство, позволяющее рационально объяснить отчужденность и отгороженность от окружающих наличием соматически обусловленных затруднений.

У лиц, страдающих шизофренией, усредненный профиль характеризовался наиболее выраженным повышением по шкале паранойальности (76,0±2,4Т) и несколько менее выраженным повышением по шкале шизоидности (63,6±12,8Т). Для больных были характерны такие индивидуально-личностные особенности, как подозрительность, упрямство, агрессивность; генерализованная или ограниченная

какой-либо областью паранойальная установка, идеи отношения или сверхценные образования, основанные на особой интерпретации пациентами своей жизненной ситуации.

Профиль исследованных с шизоидным расстройством личности характеризовался повышением по шкале шизоидности (68,3±19,6Т).

В группе обследованных с диссоциативным расстройством личности профиль определялся пиком на шкале психопатии (82,8±5,6Т). Индивидуумы данной группы характеризовались пренебрежением к принятым общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям. В зависимости от уровня активности это пренебрежение проявлялось в гневных и агрессивных реакциях. Протест против принятых норм имел генерализованный характер. Неспособность организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями делали поведение исследованных непредсказуемым. Недостаточная способность

извлекать пользу из опыта приводила их к повторным конфликтам с окружающими. В группе обследованных с эмоционально неустойчивым расстройством личности регистрировался подъем по шкале психопатии ($92,1 \pm 4,4T$). В межличностных отношениях (даже наиболее интимных) лица описываемого типа отличались поверхностными и нестойкими контактами. У них редко возникало чувство глубокой привязанности. При длительном знакомстве обычно обнаруживали ненадежность, склонность к дисфориям. В патологических случаях асоциальные тенденции проявлялись в беспричинной агрессивности, лживости, сексуальной несдержанности, реализации асоциальных влечений (алкоголизм, наркомания). В то же время после раскрытия их асоциальных действий у них

наблюдались реакции депрессии, тревоги, периоды психопатического возбуждения.

У больных с диагнозом «легкая умственная отсталость» регистрировался подъем по шкале психастении ($60,3 \pm 4,7T$). Для лиц данной группы была характерна дистанцированность, отчужденность, неспособность стать действительным членом группы, к которой они принадлежат формально, сочетающаяся с формированием аффективно насыщенных идей, имеющих отношение к состоянию физического здоровья. При этом отмечалась вероятность формирования некорректируемых отношений (сверхценных или даже бредовых идей).

Средние значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в контрольной группе исследованных представлены на рис. 4.

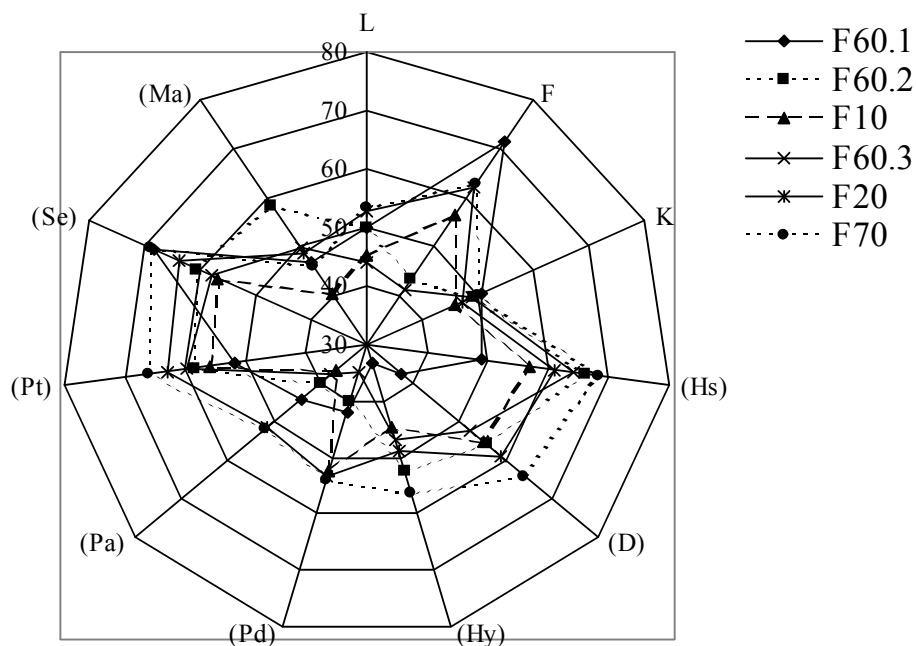


Рис. 4. Средние значения баллов по шкале опросника Мини-мульти у исследованных в группе сравнения

Для характеристики индивидуально-личностных особенностей в изучаемых группах были

проанализированы показатели различных шкал опросника Мини-мульти (табл. 4, рис. 4).

Таблица 4

Усредненные значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в изучаемых группах

Показатель	Группа		
	основная ($\bar{x} \pm Sd$)	контрольная ($\bar{x} \pm Sd$)	сравнения ($\bar{x} \pm Sd$)
L	$52,7 \pm 11,9^{***}$	$45,1 \pm 12,9^{##}$	$48,7 \pm 11,2$
F	$67,3 \pm 13,5^*$	$60,4 \pm 17,5^{\#}$	$58,8 \pm 17,2$
K	$49,5 \pm 8,6^{***}$	$54,0 \pm 6,3^{##}$	$46,98 \pm 8,6^{xxx}$
Hs	$67,9 \pm 18,4^{***}$	$68,6 \pm 10,9$	$59,5 \pm 11,3^{xxx}$
D	$70,2 \pm 14,4^{***}$	$67,0 \pm 18,9$	$56,8 \pm 14,1^{xxx}$
Hy	$63,6 \pm 20,8^{***}$	$56,2 \pm 15,4$	$46,96 \pm 13,1^{xxx}$

Продолжение Табл. 4

Pd	57,0±11,9***	60,6±15,7	51,99±10,95xxx
Pa	53,6±15,8***	53,9±23,1	43,2±17,3xxx
Pt	71,1±11,6***	69,4±17,9	59,2±11,5xxx
Se	75,7±14,7***	72,6±16,3	60,7±13,3xxx
Ma	49,2±9,0***	42,4±13,4###	44,4±11,4

Примечание. * – достоверные различия между основной и группой сравнения, # – основной и контрольной группами, x – контрольной и группой сравнения.

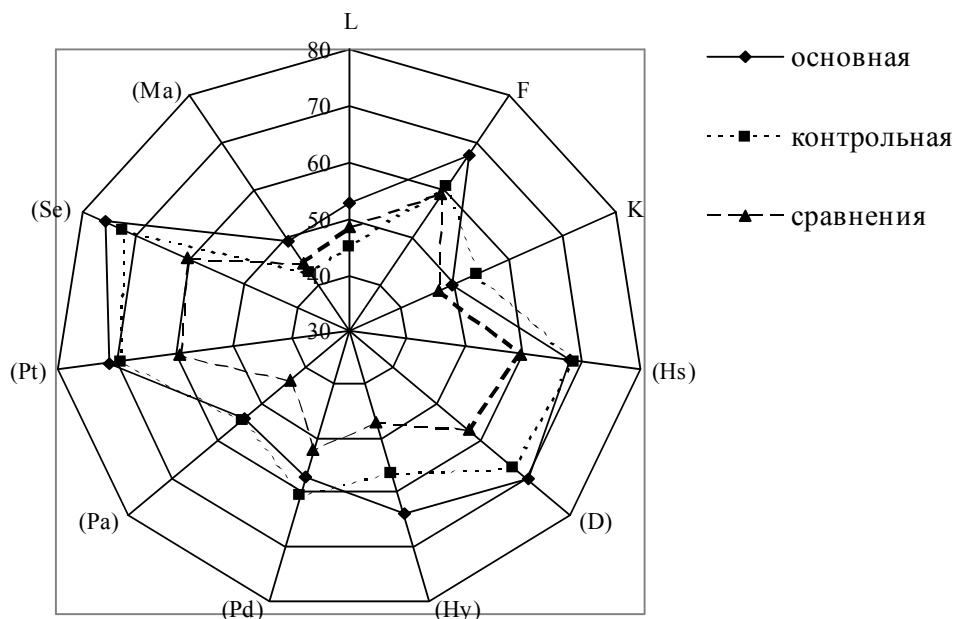


Рис. 5. Средние значения баллов по шкале опросника Мини-мульти в исследованных группах

Установлено, что у психически больных с ОСИС в основной группе регистрировались высокие значения по шкале шизоидности, психастении и депрессии. В контрольной – по шкале шизоидности, психастении и ипохондрии. В группе сравнения – по шкале шизоидности.

ВЫВОДЫ

По результатам исследования методикой ММРП установлено, что для психически больных с ОСИС независимо от наличия клиничко-психопатологической нозологии и непосредственных условий пребывания, выявлены присущие им такие личностные особенности как шизоидность и психастения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Edgar B. Immigration and homelessness in Europe / В. Edgar, J. Doherty, Н. Meert. – Bristol : Policy Press, 2004. – 194 p.
2. Гутов Р. Бездомные в России: взгляд на проблему / Р. Гутов, А. Назаров // Народонаселение. – 2001. – № 4. – С. 117–121.

3. Взрослых бомжей заставят работать, а маленьких научат жить [Электронный ресурс] / Газета «Сегодня». – Путь доступа : URL : <http://segodnya.ua/oldarchive/c2256713004f33f5c2256e6d003305e4.html>. – Заглавие с экрана.

4. Крымских детей везут оздоравливаться в Западную Украину [Электронный ресурс] // Первая Крымская информационно-аналитическая газета № 194. – Путь доступа : URL : <http://1k.com.ua/194/details/8/1>. – Заглавие с экрана.

5. Depla M. Does supported living in residential homes improve the quality of life and mental stability of older adults with chronic mental disorder? / M. Depla, R. de Graaf, T. Heeren // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2005. – Vol. 13, N2. – P.124–133.

6. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 5–10.

7. Lauriello J. Commentary: can intensive psychosocial treatments make a difference in a time of atypical antipsychotics and managed care? / J. Lauriello,

J. Bustillo, S. J. Keith // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 141–144.

8. Susser E. Risk factors for homelessness / E. Susser, R. Moore, B. Link // Epidemiol. Rev. – 1993. – Vol. 15, N 2. – P. 546–556.

9. Ромм М. В. Социальная работа: нищета идеологии и политика борьбы с нищетой / М. В. Ромм. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2000. – Ч. 2. – 14 с.

10. Гуменюк Л. Н. Клинические аспекты синдрома уходов и бродяжничества [Электронный ресурс] / Л. Н. Гуменюк. – Путь доступа : URL : http://www.rusnauka.com/4_SVMN_2007/Medecine/19767.doc.htm. – Заглавие с экрана.

11. Гуменюк Л. Н. Бездомность: психосоциальные подходы к исследованию феномена / Л. Н. Гуменюк // Тавр. журн. психиатрии. – 2008. – № 3. – С. 83–90.

12. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию : учеб. пособие для студентов вузов : пер с англ. / Э. Аронсон. – М. : Аспект Пресс, 1998. – 517 с.

13. Гуменюк Л. Н. Типология социальной дезадаптации с учетом психопатологии / Л. Н. Гуменюк // Тавр. журн. психиатрии. – 2007. – № 1/2. – С. 4–9.

14. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К. : Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

15. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб. : Питер, 2003. – 687 с.

16. Собчик Л. Н. СМЛ (ММРІ) – стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2004. – 223 с.

17. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: Экспериментальные исследования; Клинические испытания; Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К. : Морион, 2001. – 407 с.

18. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. – Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1978. – 294 с.

19. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 349 с.