

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. А. Мальцева*, М. В. Злоказова*, А. Г. Соловьев**

*Кировская государственная медицинская академия, г. Киров,

** Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Понимание шизофрении как заболевания, имеющего биопсихосоциальную природу, привело к внедрению в практику и активному развитию психосоциального направления реабилитации данных пациентов [4, 10, 16, 17]. Современная реальность обязывает врача-психиатра к постановке не просто нозологического диагноза, а формулированию развернутого функционального диагноза с учетом как клинического статуса пациента, так и его социально-психологических особенностей. Все большее внимание уделяется «психологическому портрету» – структуре личности, ее особенностям, а также личностным реакциям на болезнь [2, 5, 8, 14].

Важными характеристиками мотивационной сферы личности являются уровень притязаний (УП) и самооценка [9]. Самооценка – оценка личностью себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей, – ценность, приписываемая себе или отдельным своим качествам, являясь ядром личности, становится важным регулятором поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам, в том числе и к процессу терапии. Низкий уровень самооценки (УС) с отсутствием веры в собственные возможности может проявляться в процессе реабилитации пассивностью пациента, попыткой переложить ответственность за результаты лечения на врача и медперсонал, болезненным восприятием трудностей, возникающих при лечении, и, наоборот, пациенты с завышенным УС склонны нарушать режим терапии, самостоятельно корректировать дозировки принимаемых препаратов, так как уверены, что сами лучше врача знают, чем и как нужно лечиться. При этом, как в случае заниженной, так и в случае завышенной самооценки нарушается комплаенс между пациентом и врачом, что тормозит процесс реабилитации.

С самооценкой тесно связан УП – это степень трудности целей, которые человек перед собой ставит [3]. Постановка неадекватных целей в процессе реабилитации приводит к некомплаенсу, при этом

цели, которые ставят врач и пациент, могут значительно отличаться. Изучение данных психологических характеристик у пациентов молодого возраста с шизофренией поможет определить общую направленность личности и выделить дополнительные «мишени» для реабилитационной работы.

Цель исследования: изучить уровень притязаний и самооценки у пациентов с шизофренией молодого возраста.

Материал и методы исследования

На базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М.Бехтерева было обследовано 129 пациентов с шизофренией молодого возраста (от 18 до 44 лет включительно), проживающих в г. Кирове и Кировской области. Среди них 53 (41,1%) мужчины, 76 (58,9%) женщин. Средний возраст пациентов составил $31,3 \pm 5,8$ лет. Средняя длительность заболевания – $7,0 \pm 5,2$. Возрастные ограничения приведены согласно существующей в настоящее время классификации ВОЗ и классификации возраста, используемой экспертами ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» [7, 11]. В исследование включались лица обоего пола, находившиеся на стационарном лечении в 2011–2012 годы.

Критерии включения пациентов в исследование:

- верифицированный диагноз параноидной формы шизофрении согласно МКБ-10;
- молодой трудоспособный возраст (18–44 лет);
- стабилизация психического состояния (этап становления ремиссии);
- психологическая и интеллектуальная сохранность пациента, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования, расстройства мышления, не превышающие умеренной степени выраженности по PANSS (1–4 балла);
- согласие пациента на исследование.

Критерии не включения в исследование:

- злокачественное течение шизофрении;
- пропфшизофрения;

- выраженная коморбидная органическая патология головного мозга (последствия черепно-мозговых травм или нейроинфекций, сосудистые заболевания головного мозга, энцефалопатия различной этиологии);

- верифицированный диагноз зависимости от психоактивных веществ;

- тяжелые инвалидирующие соматические заболевания;

- отказ пациента от исследования.

Критерии исключения из исследования:

- низкий интеллектуальный уровень – 1–3 стена по фактору В «интеллект» 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла (форма С);

- выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы (неспособность заполнить опросник ВОЗ КЖ-100);

- расстройства мышления по шкале PANSS – 5–7 баллов;

- отказ пациента от исследования в процессе работы.

Для достижения поставленной цели нами были использованы:

1) методика Дембо-Рубинштейн [12] – для субъективной оценки пациентами таких личностных качеств, как здоровье, ум, характер, счастье, внешность, уверенность в себе, изучения УП, то есть уровня этих же качеств, полностью удовлетворяющего обследуемого и определения разницы между УП и УС;

2) 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла (форма С) фактор В («интеллект») [6] – для определения интеллектуальной сохранности пациентов;

3) шкала PANSS [15] – для клинической оценки психического состояния пациентов, степени выраженности позитивных, негативных, общих психопатологических синдромов;

4) карта многоосевой оценки психического состояния [13] – для оценки показателя социальной адаптации (СА) и типа приспособительного поведения (ТПП);

5) опросник качества жизни ВОЗ КЖ-100 [1] – для оценки общего показателя и показателей по основным сферам качества жизни (КЖ).

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 12.0, Statsoft, Inc. При статистическом анализе применялись методы описательной статистики, для сравнения групп по количественным признакам применялся критерий Манна-Уитни, для сравнения групп по качественным признакам применялся критерий Хи-квадрат Пирсона, для оценки взаимосвязи количественных и/или порядковых признаков применялся метод ранговой корреляции по Спирмену. Для всех использованных статистических критериев принят критический уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний показатель УП среди обследованных пациентов составил $84,4 \pm 13,9$. Реалистический (нормальный) УП (60–89 баллов), подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях и являющийся важным фактором для эффективной реабилитации, отмечался у 50,4% пациентов; очень высокий (90–100 баллов) с некритическим отношением к собственным возможностям – 43,4%; заниженный (менее 60 баллов) с пассивным отношением к трудностям – 6,2%.

Показатель УП у пациентов молодого возраста с шизофренией не зависел от преморбидных личностных особенностей, возраста пациентов, возраста начала заболевания, длительности и типа течения болезни, частоты госпитализаций за последний год, количества баллов по шкалам PANSS позитивных синдромов и общей психопатологии, пола, особенностей воспитания, уровня образования, места проживания (город/район), жилищно-бытовых условий, семейного положения, интегрального показателя СА и ТПП.

Показатель УП был связан с количеством баллов по шкале негативных синдромов PANSS – чем более выражены негативные расстройства, тем ниже был УП ($r = -0,30 \pm 0,08$, $p < 0,001$). Достоверные корреляционные связи были выявлены между показателем УП и следующими пунктами субшкалы негативных расстройств PANSS: «притупленный аффект», «эмоциональная отгороженность», «пассивно-апатическая социальная отгороженность», «нарушение спонтанности и плавности речи». Данные расстройства приводят к нарушению формирования мотивации, ослаблению либо отсутствию борьбы мотивов, а при более выраженных проявлениях к невозможности постановки адекватных реабилитационных целей и, как следствие, к недостаточной эффективности процесса реабилитации.

УП был достоверно выше среди пациентов, не принимавших поддерживающее лечение, чем среди пациентов, получавших его – $87,4 \pm 11,3$ и $80,5 \pm 16,0$ соответственно ($p < 0,05$).

Среди пациентов, не являвшихся инвалидами по шизофрении, достоверно чаще, чем среди пациентов с группой инвалидности, выявлялся очень высокий УП – 58,2% и 32,4% ($p < 0,01$). Каждый второй пациент без группы инвалидности и каждый третий инвалид вследствие шизофрении хотели бы достичь очень высоких и сложных целей, которые не всегда были адекватны возможностям обследуемых.

Достоверно более высокий показатель УП был выявлен у пациентов, имевших друзей в сравнении с теми, у кого их не было – $87,3 \pm 11,9$ и $81,9 \pm 15,2$ соответственно ($p < 0,05$). Вероятно, ощущение поддержки со стороны друзей и стремление быть «не хуже других» способствовало выдвиганию более высоких требований к жизненным целям.

УП у молодых пациентов с шизофренией зависел также и от показателей КЖ по шкале ВОЗ КЖ-100 (табл. 1).

Таблица 1

Корреляционные связи между показателями уровня притязаний и качеством жизни у молодых пациентов с шизофренией по методу ранговой корреляции Спирмена

Показатели	УП
Общая оценка КЖ	0,34±0,08***
Физическая сфера	0,21±0,09*
Психологическая сфера	0,25±0,09**
Уровень независимости	0,27±0,08**
Социальные взаимоотношения	0,37±0,08***
Окружающая среда	0,24±0,09**
Духовная сфера	0,35±0,08***

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Чем выше были показатели КЖ, тем выше УП, наиболее значимые корреляционные связи выявлялись между УП и общим показателем КЖ, сферами социальных взаимоотношений и духовной. Пациенты, удовлетворенные основными сторонами жизни, стремились достичь еще больших результатов.

Адекватная самооценка (45–74 балла) наблюдалась в 41,9% случаев; низкая самооценка (менее 45 баллов) с неуверенностью и недооценкой собственных сил – 32,5%; завышенная (75–100 баллов) с «закрытостью для опыта», нечувствительностью к своим ошибкам, неудачам, замечаниям, советам окружающих, затрудняющая построение отношений «врач-пациент» – 25,6%.

УС у пациентов молодого возраста с шизофренией не был связан с преморбидными личностными особенностями, длительностью болезни, частотой госпитализаций за последний год, полом, особенностями воспитания, уровнем образования, местом проживания (город/район), жилищно-бытовыми условиями, семейным положением.

Прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0,54 \pm 0,07$, $p < 0,001$) была выявлена между УС и УП – чем выше у пациента самооценка, тем более высокие и сложные цели и задачи он перед собой ставит.

УС коррелировал с возрастом начала болезни – чем в более раннем возрасте регистрировался дебют шизофрении, тем выше была самооценка ($r = -0,25 \pm 0,09$, $p < 0,01$). Можно предположить, что это связано с незрелостью личностных структур и недостаточностью критики у пациентов с ранним началом шизофрении.

Среди пациентов, не являющихся инвалидами по шизофрении, достоверно чаще, чем среди пациентов с группой инвалидности, выявлялась очень высокая самооценка – 34,5% и 18,9% соответственно, и достоверно реже встречалась низкая самооценка – 18,2% и 43,2% ($p < 0,05$), то есть инвалиды более пессимистично оценивали собственные воз-

можности, что может быть связано с высоким уровнем стигматизации и более выраженными негативными расстройствами с утратой веры в себя. Нормальную самооценку имели 47,3% пациентов без группы инвалидности и 37,8% инвалидов.

Более низкая самооценка регистрировалась у пациентов с непрерывным типом течения шизофрении в связи с более выраженными негативными расстройствами по сравнению с пациентами с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом – $52,2 \pm 25,2$ и $65,4 \pm 20,3$ соответственно ($p < 0,05$). Утрата прежних интересов, снижение эмоциональности, нарушение формирования побуждений к различным видам деятельности, равнодушие к окружающим и себе, нарастающая аутизация приводят к пассивности с низкой оценкой собственных личностных характеристик. При этом низкий УС у данных пациентов, вероятно, можно рассматривать как один из симптомов заболевания, выраженность которого достоверно увеличивается по мере нарастания негативной симптоматики ($r = -0,40 \pm 0,08$, $p < 0,001$) при условии относительной сохранности интеллектуальных функций.

Самооценка не была связана с общим количеством баллов по шкале позитивных синдромов PANSS, слабая обратная корреляционная связь была выявлена только между УС и степенью выраженности дезорганизации процесса мышления – по мере нарастания расстройств мышления самооценка снижалась ($r = -0,21 \pm 0,09$, $p < 0,05$). Среди пациентов с умеренными нарушениями мышления УС был достоверно ниже, чем у пациентов с легкими расстройствами, то есть можно говорить о наличии достаточно высокой критичности обследованных в отношении оценки собственной мыслительной деятельности. УС также коррелировал с количеством баллов по шкале общей психопатологии PANSS – чем выше балл по данной шкале, тем ниже самооценка ($r = -0,29 \pm 0,08$, $p < 0,001$). Слабые обратные корреляционные связи были выявлены между УС и субшкалами «тревога» ($r = -0,21 \pm 0,09$, $p < 0,05$), «чувство вины» ($r = -0,23 \pm 0,09$, $p < 0,01$), «напряженность» ($r = -0,20 \pm 0,09$, $p < 0,05$), «депрессия» ($r = -0,23 \pm 0,09$, $p < 0,01$), «активная социальная устраненность» ($r = -0,27 \pm 0,08$, $p < 0,01$).

Достоверно более высокий УС отмечался среди пациентов, не принимавших поддерживающее лечение, в сравнении с пациентами, получавшими его – $62,1 \pm 21,7$ и $48,3 \pm 25,7$ соответственно ($p < 0,01$). Больные, регулярно не принимавшие поддерживающего лечения и не выполнявшие рекомендации психиатра, без критики относились к своему заболеванию и считали себя психически здоровыми. Пациентов, постоянно принимавших поддерживающее лечение, по нашему мнению, можно разделить на две группы: первая – с достаточно высоким уровнем осознания своего заболевания, вторая – пациенты, не считавшие себя психически больными, но

пассивно подчинявшиеся рекомендациям врача. В первом случае факт принятия психической болезни и осознание невозможности жизни без лекарств, безусловно, являлся стигматизирующим фактором, который снижал самооценку. Во втором случае, низкую самооценку можно объяснить преобладанием у пациентов негативных расстройств.

Была выявлена прямая корреляционная зависимость между интегральным показателем СА и УС: чем лучше СА, тем выше у пациентов самооценка ($r=0,25\pm 0,09$, $p<0,01$). Работающие пациенты, хорошо адаптированные в социуме, имевшие прочные микросоциальные связи и поддержку со стороны семьи, чувствовали себя более уверенно и оценивали себя выше, чем пациенты с низким уровнем адаптации.

УС также зависел от ТПП: достоверно более высокая самооценка была выявлена у пациентов с конструктивным типом по сравнению с больными, у которых отмечался дезадаптивный морбидный ($68,5\pm 19,6$ и $56,1\pm 20,3$ соответственно, $p<0,05$), регрессивный ($68,5\pm 19,6$ и $48,5\pm 26,2$, $p<0,001$) и дезадаптивный антисоциальный ($68,5\pm 19,6$ и $48,0\pm 22,3$, $p<0,05$) типы. Конструктивный тип регистрировался у относительно сохранных пациентов, с более высокими возможностями реализации жизненных целей и задач, стремившихся сохранить свое социальное положение, имеющих гармоничные взаимоотношения с микросоциальным окружением. Более низкая самооценка у пациентов с патологическими ТПП может быть связана с выраженными негативными расстройствами (регрессивный тип) и психопатоподобными нарушениями, приводящими к проблемным отношениям с обществом.

Слабая обратная корреляция была выявлена между возрастом пациентов и самооценкой ($r=-0,24\pm 0,09$, $p<0,01$): чем старше возраст пациента, тем ниже УС.

Достоверно более высокий УС был выявлен у пациентов, которые отметили, что у них есть друзья по сравнению с теми, кто не имел друзей – $62,0\pm 23,3$ и $50,5\pm 24,4$ соответственно ($p<0,01$).

УС у молодых пациентов с шизофренией зависел также и от показателями КЖ по шкале ВОЗ КЖ-100 (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи между уровнем самооценки и качеством жизни у молодых пациентов с шизофренией по методу ранговой корреляции Спирмена

Показатели	УС
Общая оценка КЖ	$0,48\pm 0,08^{***}$
Физическая сфера	$0,49\pm 0,08^{***}$
Психологическая сфера	$0,60\pm 0,07^{***}$
Уровень независимости	$0,50\pm 0,08^{***}$
Социальные взаимоотношения	$0,54\pm 0,07^{***}$
Окружающая среда	$0,42\pm 0,08^{***}$
Духовная сфера	$0,49\pm 0,08^{***}$

Примечания: *** – $p<0,001$.

Чем выше показатели КЖ, тем выше УС, прямая связь средней силы была выявлена между УС и общим показателем КЖ, а также всеми сферами КЖ. Пациенты, удовлетворенные собственной жизнью, более позитивно оценивали и свои возможности.

Важным критерием является разница между УП и УС. В норме она должна составлять от 8 до 22 баллов, при этом притязания служат стимулом личностного развития. Если разница между ними от 0 до 7 баллов – личностного роста быть не может. В случае, если данный показатель ≥ 23 баллов наблюдается конфликт между тем, к чему человек стремится и тем, что он считает для себя возможным. Нормальная разница между исследуемыми показателями отмечалась лишь у 31,8% пациентов, разница от 0 до 7 баллов – 17,0% и резкий разрыв между УП и УС – 51,2%.

Сильная обратная корреляционная связь была выявлена между УС и показателем разницы: чем выше УС, тем меньше показатель разницы ($r=-0,83\pm 0,05$, $p<0,001$) и наоборот.

Уровень разницы коррелировал с теми же показателями, что и УС – степень выраженности расстройств ассоциативного мышления ($r=0,18\pm 0,09$, $p<0,05$), количество баллов по шкале негативных синдромов PANSS ($r=0,31\pm 0,08$, $p<0,001$), шкале общей психопатологии ($r=0,23\pm 0,09$, $p<0,01$), пунктами «тревога» ($r=0,23\pm 0,09$, $p<0,01$), «напряженность» ($r=0,23\pm 0,09$, $p<0,01$), «депрессия» ($r=0,18\pm 0,09$, $p<0,05$), «активная социальная устранимость» ($r=0,25\pm 0,09$, $p<0,01$), уровень СА ($r=-0,21\pm 0,09$, $p<0,05$) и КЖ ($r=-0,35\pm 0,08$, $p<0,001$). Показатель разницы не был связан с УП.

У пациентов, имевших резкий разрыв между УП и УС, отмечались трудности в процессе реабилитации за счет внутриличностного конфликта между собственными возможностями и неадекватно завышенными стремлениями. Коррекция данного психологического конфликта должна являться одной из целей реабилитации для повышения ее эффективности. Пациенты, имевшие незначительную разницу между данными показателями, были полностью удовлетворены собой, достигнутыми результатами, их все устраивало, поэтому мотивация для проведения реабилитации была недостаточной. Следовательно, для повышения мотивации к реабилитационной работе необходимо формирование адекватной самооценки.

Выводы

Таким образом, у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией, в 49,6% случаев были выявлены нарушения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного УП, в 58,1% – нарушения самооценки, в 68,2% – неадекватная разница между УС и УП.

Заниженный УП выявлялся преимущественно у пациентов с преобладанием негативных симптомов, при неудовлетворенности КЖ и у лиц с низкой самооценкой. Очень высокий УП наблюдался преимущественно у обследуемых, не принимавших поддерживающего лечения, без группы инвалидности, с сохранными социальными связями.

Низкая самооценка регистрировалась у пациентов-инвалидов с непрерывным течением шизофрении, при преобладании в структуре болезни негативных симптомов, наличии дезадаптивных

ТПП, утраченных микросоциальных связей и низких оценках КЖ. Завышенная самооценка отмечалась у сохранных пациентов без группы инвалидности с высокими показателями СА и КЖ.

Влияние самооценки и УП на поведение пациента, в том числе на процесс реабилитации, несомненно, поэтому необходимо включение в программу психосоциальной реабилитации молодых пациентов с шизофренией блока мероприятий, направленных на выявление и коррекцию данных психологических характеристик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Под ред. М.М.Кабанова. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1998. 66 с.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. 256 с.
3. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Минск: Харвест, 1998. 800 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2007. 492 с.
5. Дитятковский М.А., Аристов Т.А., Коцюбинский А.П., Санькова А.М. Значение когнитивных стилей в системе психологической адаптации больных шизотипическими расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2006. Т. 3, № 3. С. 26–29.
6. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. СПб., 2001. 97 с.
7. Кардаков Н.Л. Особенности первичной инвалидности молодого возраста с учетом группы инвалидности в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. № 2. С. 35–37.
8. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: «Гиппократ+», 2004. 336 с.
9. Мальцева Е.А., Злоказова М.В. Исследование самооценки и уровня притязаний у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией // Сборник материалов межрегиональной конференции «Бехтеревские чтения». Киров, 2011. С. 45–46.
10. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова и соавт. М.: Медпрактика-М, 2007. 260 с.
11. Пугиев Л.И. Потребность инвалидов молодого возраста в профессиональной реабилитации и особенности трудового устройства инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 19–21.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике (практическое руководство). М.: Медицина, 1970. 215 с.
13. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. СПб.: ВмедА, 2001. 40 с.
14. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158, N 2. P. 163–175.
15. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 251–275.
16. Mojtabai R., Nicholson R.A., Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 569–587.
17. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. S64–S80.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. А. Мальцева, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев

Проанализированы показатели уровня притязаний и самооценки у 129 пациентов с шизофренией молодого возраста (18–44 лет). Отклонения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного уровня притязаний были выявлены у каждого второго пациента, нарушения самооценки регистрировались в 58% случаев, неадекватная разница между показателями уровня притязаний и самооценки – в 68%. Несомненно, данные психологические особенности оказывают

отрицательное влияние на процесс реабилитации. Включение в программу психосоциальной реабилитации молодых пациентов с шизофренией мероприятий, направленных на коррекцию уровня притязаний и самооценки, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий у исследуемого контингента.

Ключевые слова: шизофрения, молодой возраст, уровень притязаний, самооценка, психосоциальная реабилитация.

SELF-ESTEEM AND EXPECTATIONS OF YOUNG SCHIZOPHRENIC PATIENTS

E. A. Maltseva, M. V. Zlokazova, A. G. Solovyov

The authors have analyzed the expectations and self-esteem characteristics in 129 young schizophrenic patients (18–44 years). Deviations in motivation sphere showing as too high or too low expectations are found in every second patient, inadequate self-esteem is registered in 58% of cases, and abnormal differences between expectations and self-esteem are found in 68%. These psychological characteristics

have an obvious negative effect on patients' rehabilitation. Introduction in psychosocial rehabilitation program for young schizophrenic patients specific measures aimed at correction of their expectations and self-esteem can increase the efficacy of rehabilitation measures.

Key words: schizophrenia, young age, expectations, self-esteem, psychosocial rehabilitation.

Мальцева Екатерина Александровна – аспирантка кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии, г.Киров; e-mail: 1-2-3-4-83@mail.ru

Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии; e-mail: marinavz@mail.ru

Соловьев Андрей Горгоньевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора института ментальной медицины Северного государственного медицинского университета, г.Архангельск; e-mail: asoloviev1@yandex.ru