



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА
Факултет „Медицина“
Катедра „Психиатрия и медицинска психология“

Илияна Кирилова Михалакиева

АСПЕКТИ НА ПСИХОСОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С ШИЗОФРЕНИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”

Научна специалност «Медицинска психология»

Научен ръководител: Проф. Иванка Бончева Паунова, д.пс

Варна
2021 г.

Дисертационният труд е написан на 296 страници и включва 25 таблици, 104 фигури и 4 приложения. Библиографията обхваща 285 литературни източника, от които 55 на кирилица, 217 на латиница и 17 интернет източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Катедрения съвет на катедрата по психиатрия и медицинска психология при Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов” – Варна на 03.09.2021 г.

Материалите по защитата са публикувани на интернет страницата на МУ „Проф. Д-р Параскев Стоянов” – гр. Варна, и са на разположение на интересуващите се в библиотеката на Научен отдел на МУ „Проф. Д-р Параскев Стоянов” гр. Варна, ул. Марин Дринов № 55.

Забележка: Номерата на таблиците и фигурите в автореферата не съответстват на номерацията в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ВЪВЕДЕНИЕ | 4 |
| I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО | 5 |
| II. МЕТОДИ | 7 |
| III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ | 8 |
| 1. Анализ на данните от изследването PANASS (Positive and Negative Syndrome Scale) | 8 |
| 2. Социо-демографски характеристики | 11 |
| 3. Резултати от Симптомен контролен списък-90-ревизиран (SCL-90-R) | 12 |
| 4. Резултати от Personal and Social Performance scale (PSP) | 13 |
| 5. Изследване на индивидуалните, психичните и социалните фактори на функционирането на болните през призмата на тяхната субективна оценка | 14 |
| 6. Съгласуваност между оценката на болните и техните близки и лекуващият медицински персонал | 16 |
| 7. Обсъждане | 17 |
| IV. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ | 36 |
| V. ПРИНОСИ | 37 |
| VI. ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД | 38 |
| ABSTRACT | |
| БЛАГОДАРНОСТИ | |

ВЪВЕДЕНИЕ

Големия научен проблем свързан с подобряване качеството на живот, и цялостното психично функциониране при хронично болни пациенти винаги ще бъде изключително значим в сферата на медицинската психология, психология на здравето и клиничната психология.

Шизофренното разстройство е тежка форма на психично страдание, което нарушава значително психичното функциониране на индивида и възпрепятства в една или друга степен способностите му за взаимодействие с обкръжението. Нещо повече, шизофренията засяга не само боледуващия но и семейството му и обществото като цяло. Основна характеристика на психичната болест е нарушението на свойствата и качествата на личността, нарушенията на възможностите за адаптация. Като състояние на дезадаптация тя води до изразено в различна степен снижение в психосоциално функциониране, което се отразява пряко върху качеството на живот на пациентите.

Проблемите, с които се сблъскват в ежедневието си хората с психична болест са много. Като основен проблем можем да насочим фокус върху сблъсъкът с отношението на обкръжаващата го среда. Хората с психични проблеми отдавна преживяват стигма и са обект на дискриминация. Също така психичната болест все още продължава да се отбелязва като едно от най-стигматизираните състояния в нашето общество. Всепризнат факт е, че потребителите на психично-здравните услуги твърде често страдат от дискриминация, стигма и негативни нагласи от страна на обществото. Стигмата и дискриминационното поведение свързани с психичната болест са така увреждащи, както и самата болест. Негативните убеждения и поведения в обществото, създават двоен проблем за хората с психична болест.

В допълнение на изложеното до тук, в края на 2018г. бе изготвен доклад на Европейската психиатрична асоциация (ЕПА), в който се посочва, че сред проблемите и предизвикателствата в предоставянето на психично-здравни услуги в България са нарушаването на човешките права и неприемливите условия, разпокъсаните грижи и липсата на съвместно планиране и отчетност. Констатирани са финансови проблеми, както и проблеми, свързани с персонала. От ЕПА установяват също, че има липса на консенсус между заинтересованите страни, както и негативни обществени нагласи към промени в организацията на психично-здравните грижи, които се отчитат като добра причина необходимата промяна да бъде избягвана. В доклада се посочва още, че е налице маргинализация на психиатрията като медицинска специалност.

Така необходимите реформи в областта на психичното здраве, последиците от пренасочване на грижите от болниците и домовете за възрастни с психични увреди в общността станаха необходимост за клиницистите, изследователите и създателите на здравна политика. Тук възниква и необходимостта от информацията за нивото на психосоциалното функциониране и качеството на живот на психично болните (в това число пациентите с шизофрения), което би могло да бъде подкрепено за оценката на дългосрочните резултати на тази реформа.

За хронично психично болните с шизофрения концепцията за качеството на живот се различава от тази, използвана за описване на физически и по-малко инвалидизиращи психични заболявания. Хронично болните от шизофрения имат особени нужди, които оказват дълбоко влияние върху тяхното съществуване и субективно благополучие. Например, тези пациенти трябва да се справят със стигмата, свързана с психично заболяване. Много от тях имат лоши ресурси и инвалидност през целия живот, други имат значително семейно напрежение и могат да бъдат изключени от родителите и братята и сестрите си. Поради хроничността и непълното разрешаване на проблемите и справянето със симптомите, значителен брой пациенти живеят в домове за настаняване

и не достигат такива цели като здравите възрастни, като се – да се омъжват, да имат деца и да работят за тях.

Актуалността на дисертационното изследване е широкоспектърна и многоаспектна. Тя произтича както от честотата на заболяемост на населението, така и с нарастващата в хода на болестта социална дезадаптация, високия процент на инвалидизиране на болелите, с множеството социални проблеми в тесния семеен и широкия социален кръг, и не на последно място с липса на достатъчно ефективен терапевтичен подход, засилващото се разбиране за важността и последствията на отношението към психично болните и техните близки.

Подобряването на психичното здраве и психосоциалното благосъстояние са важни компоненти в цялостния процес на подобряване на общия здравен статус на населението.

Всички тежки хроничните психични заболявания са сериозен проблем на българското здравеопазване и предизвикателство пред което е изправена не само здравната реформа, но и пациентите и техните семейства. Стигматизацията, безразличието и неприемането на психично болните от страна на обществото и институциите допълнително им отрежда положението на страдащи, отхвърлени и социално изолирани хора. Трябва да се има предвид, че болните от шизофрения са хора със запазено лично достойнство и въпреки понякога сериозните си трудности в адаптацията към външния свят, те могат да намерят своето място сред останалите, ако срещнат адекватна подкрепа и знак, че въпреки принципното си различие, житейската им съдба и позиция е приета от обществото. (Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P., Keith, S.J. 2001).

Настоящото изследване ще представи по пълно аспектите, които влияят на психосоциалното функциониране при пациенти с шизофрения на базата на оценка на близки и медицински персонал и себеоценка.

Скалите за измерване на нивото на психосоциално функциониране, насочени към пациенти с шизофрения, трябва да отговорят на проблемите, които са уникални за болестта, за да могат да измерват точно качеството на живота. Такова внимание към специфични проблеми на пациенти с шизофрения се отразява, в оценки, които включват въпроси за управление на ресурсите, достъпност до здравни грижи, характер на личните и семейни отношения и използване на свободното време.

Изследвайки и опознавайки параметрите на психосоциалното функциониране при болни от шизофрения ще е възможно разгръщане на актуална система от психосоциални рехабилитационни мерки касаещи болничното и след болничното лечение на пациентите. Измерването и оценяването на психосоциалните последствия от шизофренията и тяхното отражение върху качеството на живот на болните, което е от голямо значение за създаването и насочването на подходящи програми за лечение и подкрепа.

Предстоят реформи в здравната система. Подобряването на нивото на функциониране и повишаване на качеството на живот на хората с ментални увреждания следва да е сред приоритетите на всяка цивилизована държава.

I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Хипотези, цел, задачи и методи на изследването

Проучването се фокусира върху оценка на показателите на социално функциониране и качеството на живот на пациентите с шизофрения.

1. Цел на изследването

Основната цел на изследването е да се изследват комплексно (съгласно личната оценка и тази на роднини и медицински персонал) и оценят показателите на психичното и социално функциониране на пациентите с шизофрения.

2. Задачи на изследването

1. Да се идентифицират демографските, клиничните и социалните характеристики на изследваните пациенти;
2. Да се измери и съпостави нивото на функциониране на пациентите съгласно преобладаващата позитивна (срещу респ.) или негативна клинична шизофренна симптоматика;
3. Да се сравни психосоциалното функциониране на пациенти с една и повече налични хоспитализации;
4. Да се проследят индивидуалните, психични и социални фактори на функциониране през призмата на субективната оценка на пациентите;
5. Да се направи обективна оценка за тяхното функциониране на база оценката на близки на пациента или лекуващ лекар/ медицинско лице;

3. Хипотези

1. Очакваме, че субективната оценка на пациентите с шизофрения за удовлетвореността им от психосоциалното им функциониране се различава от оценката на близките им или от оценката на наблюдаващия ги медицинския персонал.
2. Допускаме, че съществуват значими различия във нивото на психосоциално функциониране между шизофренни пациенти, които проявяват позитивни симптоми (илюзии, халюцинации и мисловни разстройства) и онези, които изразяват негативни симптоми (изравненост на афекта, емоционално отдръпване и оскъдност в разбирането).
3. Предполагаме, че пациентите с позитивна симптоматика да търсят повече възможности за социално включване, трудова активност и придобиване на обща социална значимост, отразяваща се в по-голяма критичност и неудовлетвореност от живота.
4. Очакваме, че при пациенти с по-добро психосоциално функциониране ще се регистрират по-малко хоспитализации.
5. Основавайки се на литературните източници допускаме, че при пациенти с повече хоспитализации са налице нарастващи във времето психосоциални дефицити.
6. Очакваме да установим, че при разгръщане на симптоматика извън спектъра на психотичната качеството на психосоциалното функциониране на пациентите с шизофрения спада.
7. Предполагаме, че готовността на пациентите с шизофрения да поддържат стабилен функционален статус е в пряка зависимост от провокациите на социалното обкръжение.

Изследвани лица

Представени са характеристиките на включените в изследването 126 пациента с които са в активна трудова възраст, диагноза Шизофрения (първи и пореден епизод), както и 92 близки и роднини и медицински персонал имащ пряко наблюдение и контакт с пациентите. Изследването се проведе в ДПБ „Св. Иван Рилски“, гр. Нови Искър в периода 02.2018 – 12.2019 г.

В рамките на изследването бяха взети под внимание възрастовите категории, които се намират в активна трудова възраст и съгласно действащия в страната социален модел трябва активно да се включват в социалния и икономически живот на обществото.

Критерии за включване на пациенти в изследването:

- Пациенти с първа и поредна хоспитализация. Към тази група се отнасят всички с потвърдена диагноза „шизофрения“ (F20.0) по МКБ10;
- Наличие на клинично значими болестни симптоми (позитивни, негативни) към момента на изследване – отчетени като поне „леки“ според PANSS;
- Възраст между 18 и 65 години;
- Годност за разбиране на въпросите, което значи отсъствие на тежък когнитивен спад или остра психотична симптоматика;
- Подписване на информирано съгласие.

Критерии за изключване на пациенти от изследването:

- Лица под 18 годишна възраст;
- Лица, които не покриват критериите по МКБ 10 за F20;
- Лица, които са институционализирани;
- Лица, които по някаква причина не могат да четат или да разбират инструкциите за изследване;
- Остро психотично състояние;
- Когнитивен дефицит водещ до невъзможност за разбиране на въпросите по представените методики;

В процеса на провеждане на интервюирането се установи, че при някои пациенти липсват близки, настойници или лица, които да полагат систематични грижи за болните.

II. МЕТОДИ

Анкетен метод:

- 1. Анкетна карта** за социо-демографски характеристики, диагноза и данни за заболяването.

Психологически методи:

1.PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)- скала за оценка на негативни и позитивни симптоми. Инструмент за оценка на тежестта на характера на симптомите (разработен от Stanley Kay, Lewis Opler, and Abraham Fiszbein- 1997). Скалата се състои от 33 елемента (симптоми), оценени въз основа на официално полуструктурирано или напълно структурирано клинично интервю и други източници на информация. Тежестта на симптомите се оценява по 7-точкова система. (Позитивна, негативна и психопатологична скали).

2. Симптоматен контролен списък-90-ревизиран (SCL-90-R) -(Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), Derogatis, 1992) - въпросник за психопатологични симптоми, разработен от Леонард Р. Дерогатис в началото на 90-те години за измерване на психологически симптоми и психически страдания. Въпросникът съдържа 10 субскали: (Соматизиране (SOM), Обсесивност-компулсивност (О-С), Междуличностна чувствителност (I-C), Депресия (DEP); Тревожност (ANX); Враждебност (HOS), Фобийна тревожност (PHOB); Параноидни идеи (PAR); Психотизъм (PSY); Хронична депресия (HDEP).

3.Personal and Social Performance scale (PSP), Derived from the SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), Morosini, P, 2000- инструмент за оценяване на личното и социално функциониране на пациенти с психиатрични разстройства. Скалата PSP е разработена като подобрена версия на скалата за оценка на социалното и професионално функциониране SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) и произлиза от концепцията на DSM-IV за обща оценка на функционирането.

PSP скалата оценява 4 главни категории на функциониране - социално полезни дейности, лични и социални взаимоотношения, себеобгрижване, обезпокоително и агресивно поведение.

Статистически методи:

Прилаганите в изследването методи, са стандартизирани инструменти за събиране на първична информация от респондентите, свързана с тяхното психическо състояние в конкретен момент от време. В рамките на дисертационния труд, с цел напоре на потвърждение или отхвърляне на посочените хипотези, бяха използвани и допълнителни статистически методи за обработка на информацията, които използваха в качеството на първоначален инструментариум посочените по-горе методи:

1. Описателна статистика на количествените променливи – хистограма на разсейване, средна аритметична, стандартно отклонение, стандартна грешка и 95% доверителни интервали.

2. Описателна статистика на качествените променливи - честоти и проценти.

3. Коефициент на корелация на Спирман - установяване на общи тенденции, проявени от отделните групи.

4. Дисперсионен анализ ANOVA с Dunnett post-hoc за проверка на хипотези за равенство между повече от две средни при променливи с нормално разпределение.

5. Т-тест при две независими извадки (Independent Samples T-Test) – проверка за равенство на средните на две независими групи при нормално разпределение.

6. Т-тест при две зависимы групи (повторни измервания) (Paired Samples T-test) – при нормално разпределение на изследваната количествена променлива.

7. Корелационен анализ с коефициент Пирсън (Pearson) за установяване на статистически значимите корелации между променливите в изследването.

8. Хи-квадрат тест (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – търсене на връзка между две качествени променливи.

Данните от емпиричното проучване са обработени с помощта на статистик, с пакета програми IBM SPSS Statistics, Version 20. Всички резултати са обсъдени при ниво на статистическа значимост $P < 0,05$. Използваното критично ниво на значимост е $\alpha = 0,05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато P стойността (P -value) е по-малка от α .

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Представени са характеристиките на включените в изследването 126 пациента с които са в активна трудова възраст, диагноза Шизофрения (първи и пореден епизод), както и 92 близки и роднини и медицински персонал имащ пряко наблюдение и контакт с пациентите. Изследването се проведе в ДПБ „Св. Иван Рилски“, гр. Нови Искър в периода 02.2018 – 12.2019 г.

Изследването се проведе при спазването на определен алгоритъм за анализ на данните, като водещи критерии бе разделянето на съвкупността на определени групи.

Първата стъпка в изследването бе разграничаването на лицата в извадката, според данните представени по скала PANASS (по водещи позитивни и негативни симптоми), разпределени дихотомно спрямо дизайна на изследването.

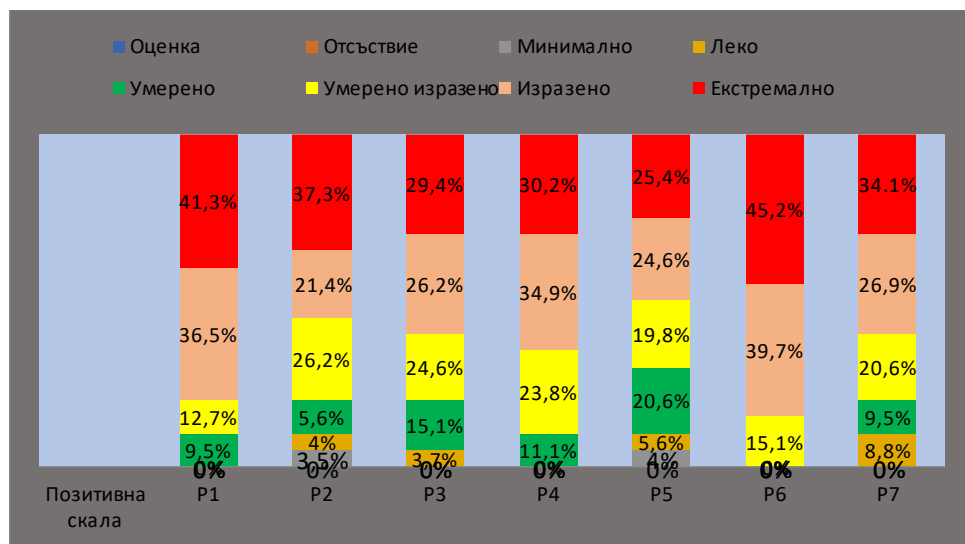
Втората стъпка се състоеше в определянето на всяка една от категориите на лица с първа и последващи хоспитализации. Последващите три стъпки в изследването се състояха в прилагането към образувалите се групи последователно на SCL-90R, PSP-

скала и изследването на демографските данни на всеки един от съставените клъстери. В следствие данните от клъстерите са сравнени с показанията на грижещите се за болните лица, както и данните, получени от обслужващият медицински персонал.

При обобщаване на данните от изследването, се установи, че между данните получени чрез отделните методи на изследване, съществува висока степен на корелация. Така, степента на корелация между данните получени чрез SCL-90-R и PSP-скалата съставлява 0,78. Съответно между SCL-90-R и демографските данни, корелацията е 0,76. Между PSP-скалата и демографските данни $r=0,73$. Регистрира се и значим коефициент на корелация между данните, посочени от респондентите и тези, които посочват техните близки. Там $r=0,68$, което може да се счита за висока степен на съвпадане на мнения на различни лица. На тази основа може да се направи **заключение за високата степен на достоверност на представените в изследването данни.**

1. Анализ на данните от изследването PANASS (Positive and Negative Syndrome Scale)

Фиг 1. Данни от PANSS positive –позитивна субскала.



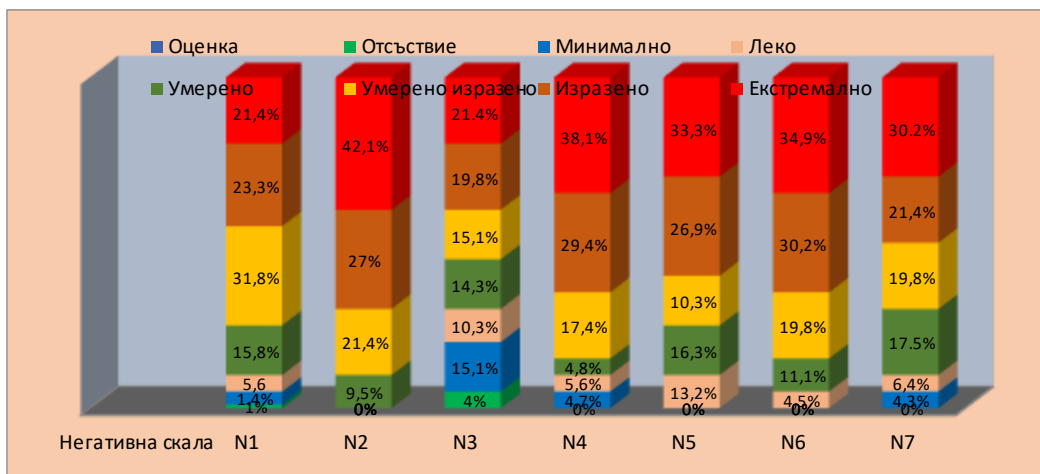
Фиг 1. Данни от PANSS positive –позитивна субскала

Данните от интервюто проведено с болните дава основна представа за това, кои от положителните симптоми на разстройството са сред най-често срещаните. Определено „приоритетно“ място сред тях има подозрителността и опасенията на болните от преследване (P6), проявени екстремално при 45,3 % от респондентите. Както и данните свързани с използването на други методики се установява, че именно позитивните симптоми са и сред основните проблеми, които ограничават възможностите на болните да извършват трудова дейност.

1.2. Представяне на данните от негативната скала

На фигура 2 са представени данните, които отразяват представянето на елементите на негативната скала при пациентите.

Фиг.2. Данни от PANSS negative – негативна субскала



Фиг 2. Данни от PANSS negative – негативна субскала

Видно от представените данни, при по-голямата част от пациентите се наблюдават различни по своя характер патологии на емоционалната сфера. Те са свързани предимно с апатичността и депресивността на пациентите, както и със значително намалената реактивност на външни инциции.

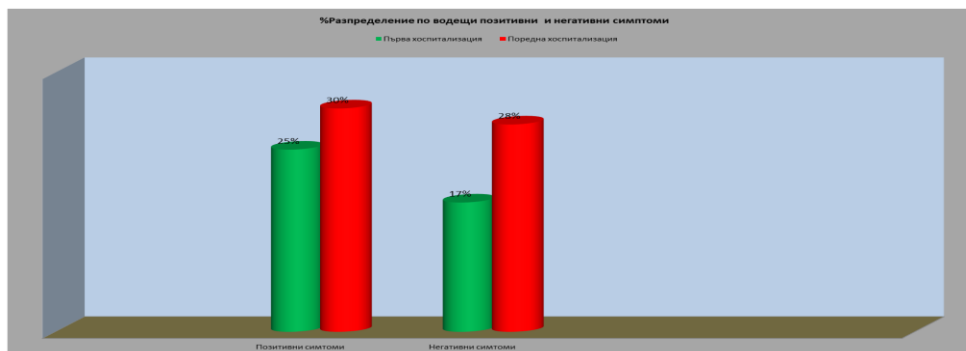
Именно поради това най-съществен процент на екстремално проявените качества се наблюдава именно там - при регистрацията на емоционалното отдръпване (N2)– 42,1% (53 пациента от извадката) и при пасивността и апатията при 38,1% (48 от ИЛ). Към това следва да се добавят такива елементи като притъпената афективност (N1), която е умерено изразена при 40 (31,8%) от пациентите и бедността на контакта на болните, които очевидно могат да се разглеждат в качеството на производни елементи на емоционалната патология. Патологията на мисленето се изразява и съществено в представената стереотипност (N7), където в екстремална степен е проявена при 30,2% от изследваните пациенти.

1.3. Разпределение на лицата според критерия първа и последваща хоспитализация (фиг.3)

1.3.1. Фиг.3 Разпределение по критерии първа и последваща хоспитализация

Клиничните показатели на лицата, попаднали в извадката са разпределени според техните показатели за позитивна и негативна симптоматика. Също така, за разпределението по клинични признаци от съществено значение е и първата и последващата хоспитализация на болните. Общите данни са следните:

На фиг.3 са представени данните от изследваната съвкупност на респондентите (126 ИЛ), които могат да бъдат разграничени следният брой респонденти във всяка група:



Фиг.3 Данни по критерии първа и последваща хоспитализация

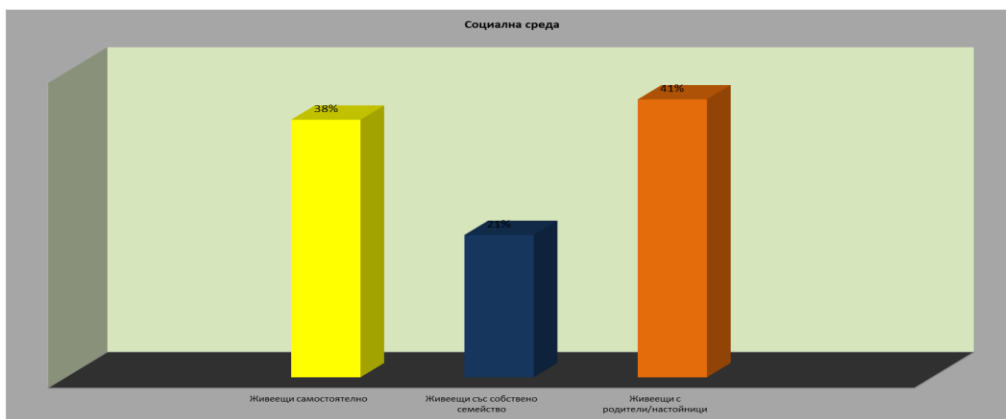
- пациенти с позитивни прояви - 54,76% - 69 ИЛ (24,60% ИЛ с първа хоспитализация, 30,16% ИЛ с поредна хоспитализация);
- пациенти с негативни прояви – 45,26% 57 ИЛ (17,46% ИЛ а първа хоспитализация, 27,78% с поредна хоспитализация);

2.Социо-демографски характеристики

От общият брой респонденти 49% са мъжете и 51 % са жените. Мъжете се разпределят по възраст по следния начин: възрастовата категория 18-25 години - 15%, възрастовата категория 26-35 години - 7%, възрастовата категория 36 - 45 години - 13%, възрастовата категория 46-55 години - 15%. Разпределението по възраст при жените е следното: възрастовата категория 18-25 години - 11%, възрастовата категория 26-35 години - 17%, възрастовата категория 36-45 години - 16%, възрастовата категория 46-55 години - 6%. Разпределението показва, че в извадката са попаднали лица във възрастов диапазон, който предполага социална и трудова активност в двете полови групи.

2.1.Процентно разпределение по критерии социална среда

2.2.1 Фиг. 4 Социална среда

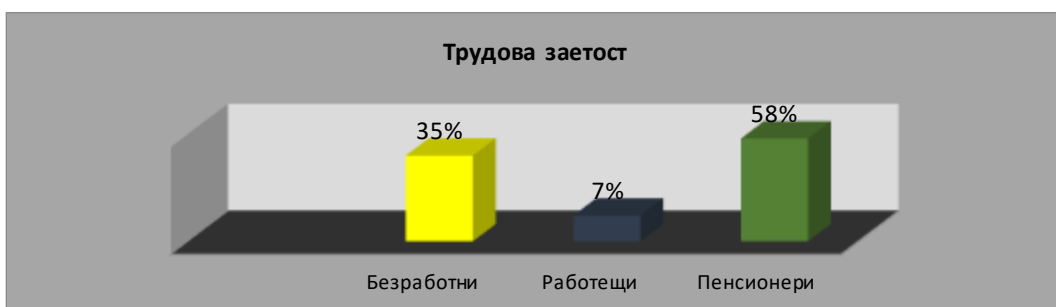


Фиг. 4 Социална среда

Разпределението на респондентите по социална среда (фиг. 4), в която те обичайно пребивават е следната: живеещи с родители или настойници - 41%, живеещи самостоятелно, като отделно домакинство - 38%, живеещи със собствено семейство, различно от техните родители/настойници - 21%. Данните показват, че 62% от респондентите имат възможност реално да разчитат на помощ, в процеса на своето лечение и социална адаптация.

2.2. Процентно разпределение по критерии трудова заетост са представени на фиг. 5

2.2.1.Фиг.5 Трудова заетост на ИЛ

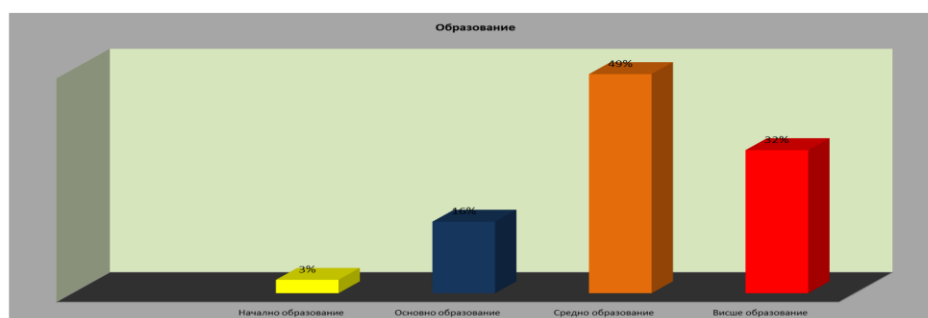


Фиг.5 Трудова заетост на ИЛ

Разпределението на респондентите по трудова заетост има следният вид: пенсионери (съгласно действащото трудово законодателство, попадналите в извадката възрастни групи получават социална пенсия) - 58%, безработни (както регистрирани като такива и получават предвиденото обезщетение, така и лица които не получават съответното социално обезпечение) - 35%, работещи лица (както по трудови, така и по облигационни правоотношения) – 7 %. Както се вижда от данните, едва 7 % от болните прилагат своите трудови навици и реално биха могли да съществуват самостоятелно. Останалите 93%, на практика, са лишени от възможността за приложат своите знания и умения.

2.3. Процентно разпределение по критерии образование

2.3.1. Фиг. 6 Образование



Фиг. 6 Образование

Разпределението на респондентите по ниво на образование има следният вид: лица с висше образование - 32%, лица със средно образование - 49%, лица с основно образование - 16%, лица нямащи формално образование -3%.

3. Резултати от Симптомна контролен списък-90-ревизиран (SCL-90-R)

3.1. Сравнение на процентното екстремално проявление на отделните групи признаци при болните с първа и последваща хоспитализации – позитивна симптоматика.

Таблица 1. Сравнение на процентното екстремално проявление на отделните групи признаци при болните с първа и последваща хоспитализации- позитивни симптоми.

| | Първа хоспитализация | Последваща хоспитализация |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Соматизиране | 16,6% | 19,8% |
| Обсесивна компулсивност | 27,1% | 28,6% |
| Междупличностна чувствителност | 25,3% | 30,1% |
| Депресия | 27,7% | 28% |
| Тревожност | 24% | 31,7% |
| Враждебност | 16,6% | 27% |
| Фобийна тревожност | 24,2% | 25,7% |
| Параноидни идеи | 27,8% | 37% |
| Психотизъм | 22% | 30,1% |
| Хронична депресия | 23,1% | 28% |

Видно от посочените процентни съотношения, при болните с последваща хоспитализация се наблюдава влошаване на психологическото състояние, на практика

при всеки от показателите. Най-съществено е влошаването на състоянието на тревожност (разлика от 7,6%), при нивото на враждебност (10,4%), наличието на параноидни идеи (9,2%), психотизъм (8,1%), междуличностната чувствителност (4,8%). На базата на резултатите може да се направи и извод, че практическите дейности по адаптирането на болните, в периода на ремисия на заболяването, не са дали положителни резултати нито в процеса на тяхното функциониране, нито в процеса на тяхната социална адаптация.

3.2. Сравнение на процентното екстремално проявление на отделните групи признаци при болните с първа и последваща хоспитализации – негативна симптоматика. В таблица 2 са представени процентните съотношения за болни, с предимно негативна симптоматика.

3.2.1. Таблица 2. Сравнение на процентното екстремално проявление на отделните групи признаци при болните с първа и последваща хоспитализации и предимно негативна симптоматика.

| | Първа хоспитализация | Последваща хоспитализация |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Соматизиране | 22,6% | 32,5% |
| Обсесивна компулсивност | 23,6% | 34,1% |
| Междуличностна чувствителност | 27% | 37,1% |
| Депресия | 24% | 36,8% |
| Тревожност | 32,1% | 36% |
| Враждебност | 5,6% | 8,1% |
| Фобийна тревожност | 27,1% | 38,1% |
| Параноидни идеи | 12,5% | 25,3% |
| Психотизъм | 24,5% | 36,1% |
| Хронична депресия | 22,4% | 31% |

Видно от посочените процентни съотношения, при лицата с негативна симптоматика, отрицателните разлики между лицата с първа и последващи хоспитализации е още по-значима. На практика повечето от показателите имат различия, които са близки и надхвърлят 10%. Така при показателя психотизъм те са 11,6%, при показателя параноидни идеи - 12,8%, при фобийната тревожност - 11%, при депресията - 12,8%, при междуличностната чувствителност - 10,1%, при обсесивната компулсивност - 10,5%, при показателя за соматизиране - 9,9%. Видно е, че при тази категория болни изолацията, характерна за тази разновидност на заболяването, води до още по-сериозни нарушения, последваща десоциализация и нарушаване нивото на функциониране.

4. Резултати от Personal and Social Performance scale (PSP).

Съгласно методиката на прилагането на PSP-скалата, могат да се установят различията в данните, посочени от болните с първа и последващи хоспитализации. Може да се направи разделение между болните, които имат предимно позитивна и предимно негативна симптоматика.

4.1. Сравнението на данните при първа и последваща хоспитализации и предимно позитивна симптоматика са посочени в таблица 3.

4.1.1. Таблица.3 Сравнителни данни при болните с първа и последваща хоспитализации и предимно позитивна симптоматика

| | Първа хоспитализация | Последващи хоспитализации |
|------------|----------------------|---------------------------|
| Обгрижване | 24,7% | 16,2% |

| | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Социално полезни дейности | 14,2% | 6% |
| Лични и социални взаимоотношения | 35% | 25,8% |
| Обезпокоително и агресивно поведение | 26,6% | 31% |
| Социални нагласи и помощ | 16,4% | 12,6% |

От посочените процентни данни е изводимо и потвърждава, че функционалните възможности, както и нивото на социализацията на болните намаляват от първата към последващите хоспитализации. В някои области, при болните с предимно позитивна симптоматика, този процент е по-голям, при други по-малък, но общата тенденция, е напълно очевидна. Така, най-съществено е то при личните и социалните взаимоотношения (9,2%), социално полезните дейности (8,2%), нивото на обгрижване (8%) и социалните нагласи и търсенето на помощ (4,2%). Единственото изключение е крайно съществено: това и подобряването на състоянието, свързано с обезпокоителното и агресивното поведение. В тази област може да се констатира положителна за болните с последваща хоспитализация разлика от 4,4%.

4.2. Анализ на данните за болните с първа и последващи хоспитализации и предимно негативна симптоматика. Данните са посочени в таблица 4.

4.2.1. Таблица 4. Сравнителни данни при болните с първа и последващи хоспитализации и предимно негативна симптоматика

| | Първа хоспитаизация | Последващи хоспитализации |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Обгрижване | 16,7% | 16,5% |
| Социално полезни дейности | 2,5% | 1,7% |
| Лични и социални взаимоотношения | 22,6% | 22,5% |
| Обезпокоително и агресивно поведение | 4,3% | 3,5% |
| Социални нагласи и помощ | 5% | 5,4% |

Различията на болните с първа и последваща хоспитализация и предимно негативна симптоматика са значително по-малко в сравнение с тези с предимно позитивна такава. Различията са в пределите на 1%, което означава, че върху тях може да има въздействие и определена несистематична грешка. Очевидно, че при тази категория болни няма съществени изменения на психологическото състояние, въпреки че една част от тях са били определени като в ремисия. Това обстоятелство, обаче потвърждава общата тенденция, че основните проблеми с лечението на пациентите са свързани с грижата за тяхната пълноценна социална адаптация извън лечебните заведения.

5. Изследване на индивидуалните, психичните и социалните фактори на функционирането на болните през призмата на тяхната субективна оценка.

Провеждането на подобно изследване бе целесъобразно да се започне от изследване на особеностите на психичните процеси и въздействието върху функционирането на болните.

Настроенията, чувствата и афектите на болните отбелязват определени различия в зависимост от това дали те проявяват предимно позитивни или негативни симптоми. Практически при всички болни се наблюдава намаление на изразеността на емоционалните реакции. При болните с предимно позитивна симптоматика нарушенията на емоционалното състояние се отбелязва при 42%, а при болните с предимно негативна - в 57% от случаите. Като негативно отразяващо се върху функционирането им, го възприемат: от болните с предимно позитивни симптоми - 51%, а при болните с предимно негативни симптоми - 50%. При болните също така се наблюдават и неадекватни емоции с крайна степен на изразеност. Подобно въздействие се отбелязва при 45% от болните с предимно позитивна симптоматика и при 29% от болните с предимно негативна симптоматика.

Нарушения на възприятието се наблюдават при 48% от всички болни. Халюцинаторни ефекти се наблюдават при 38% от болните с позитивни симптоми и при 26% от болните с предимно негативни симптоми.

При повечето от пациентите се наблюдават в една или друга форма, разстройства на мисленето. Такива проявления се наблюдават при 68% от болните. Нарушенията се изразяват в: нарушения на съдържанието на мисленето (36%), нарушения на формата на мисленето (40%) и нарушения на процеса на мисленето (43%). Наблюдават се и определени различия, в зависимост от това, какви симптоми проявяват болните. При болните с предимно позитивни форми се наблюдава: нарушение на съдържанието - 39%, нарушение на формата - 36% и нарушаване на процеса - 40%. При болните с предимно негативна симптоматика се наблюдава: нарушение на съдържанието - 34%, нарушение на формата - 44% и нарушение на процеса - 45%. Нарушенията на процеса на мисленето оказват основно въздействие върху степента на функционалност на болните. Негативното въздействие се отчита при 65% от болните с предимно позитивна симптоматика и при 49% от болните с предимно негативна симптоматика.

Нарушенията на паметта на болните са относително по-слабо проявени. Така в цялата съвкупност такива се наблюдават при 20% от случаите в екстремални стойности. В повечето случаи, нарушаването на паметта е при болни, които имат последваща хоспитализация. Така при тях това се наблюдава в 23% от случаите, докато при болни, които се хоспитализират за първи път това се наблюдава в 18% от случаите.

В повечето случаи болните не разбират особеностите на своето болестно състояние. Това се наблюдава в 74% от случаите, а в още 19% от случаите, болните не разглеждат своето състояние като фактор на затрудненията пред тяхното функциониране. Едва 8% осъзнават, че заболяването поражда основните трудности пред тях, но 4% от тях са убедени, че причина за него е определена външна намеса.

Социалните фактори оказват съществено въздействие върху протичането на заболяването, както и възможността за адаптация на болните към новите условия в които те живеят. Различно е въздействието на социалните фактори, които посочват болните като оказващи въздействие върху тях: особености на обществото - 32%, особености на региона в който живеят болните - 40%, особености на социалната група, в която живеят болните - 42%, въздействие на исторически събития имащи реално или въображаемо отношение към болните - 41%, въздействие на определен човек или малка социална група - 35%. Процентите надвишават 100, тъй като болните посочват в качеството на основен социален фактор, повече от 2 елемента.

Съществуват различия в мнението на болните относно значението на социалните фактори за нивото на тяхното функциониране. Така, при болните с предимно позитивна симптоматика 55% считат, че тези фактори имат водещо значение за тяхното трудово и социално функциониране. При болните, с предимно негативна симптоматика това мнение споделят 32%.

Както вече посочихме по-горе, 74% от болните не съзнават своето болестно състояние. Въпреки това, за неуспехите си, болните са склонни да обвиняват: стечението на обстоятелствата в личния живот - 40%, особеностите на своя характер извън болестта - 35%, семейни или исторически обстоятелства - 30%, въздействието на определени случайни фактори - 39%. Процентите надвишават 100, тъй като болните са давали приоритет на повече от един фактор.

6. Съгласуваност между оценката на болните и техните близки и лекуващият медицински персонал.

Степента на съгласуваност в оценките на болните и техните близки е проследена от данните, които са получени чрез метода на PSP-скала.

В таблица 5 са посочени различията за болни с предимно позитивна симптоматика.

Таблица 5. Данни получени от болните и техните близки, при наличие на предимно позитивна симптоматика

| | Първа хоспитализация | | Последващи хоспитализации | |
|--------------------------------------|----------------------|--------|---------------------------|--------|
| | болни | близки | болни | близки |
| Обгрижване | 24,7% | 16,2% | 18,4% | 9,3% |
| Социално полезни дейности | 14,2% | 8,7% | 6% | 5,5% |
| Лични и социални взаимоотношения | 35% | 32,8% | 25,8% | 28,3% |
| Обезпокоително и агресивно поведение | 32,6% | 42% | 31% | 42,3% |
| Социални нагласи и помощ | 16,4% | 14,4% | 12,6% | 11,8% |

От посочените данни е видно, че съществуват различия в мненията изразявани от болните и техните близки. Значително по-съществени са те при болните, които имат последващи хоспитализации. Така, по критерия обезпокоително поведение, различията в тази категория са 11,3%, по критерия обгрижване – 9,1%, по критерия лични и социални взаимоотношения са 2,5%. При лицата с първа хоспитализация тези различия са по-малки. Така, по критерия обезпокоително и агресивно поведение те са 9,6%, по критерия обгрижване са 1,5%. По отделни параметри, болните дават по-високи показатели от тези, които се посочват от техните близки. Така, по критерия лични и социални взаимоотношения разликата е от 7,5%, по критерия социални нагласи и помощ е 2%, а по критерия социално полезни дейности е 5,5%. Подобни резултати показват, че при болните с първа хоспитализация се наблюдава ориентация към поддържането на социален контакт и извършването на определени полезни за обществото или близките дейности. При болните с последващи хоспитализации, тази ориентация очевидно намалява.

6.1. Данните за болните с предимно негативна симптоматика са представени в таблица 6.
6.1.1. Табл.6. Данни получени от болните и техните близки, при наличие на предимно негативна симптоматика

| | Първа хоспитализация | | Последващи хоспитализации | |
|------------|----------------------|--------|---------------------------|--------|
| | болни | близки | болни | близки |
| Обгрижване | 16,7 | 17,5 | 16,5 | 16,7 |

| | | | | |
|--------------------------------------|------|------|------|------|
| Социално полезни дейности | 2,5 | 3 | 1,7 | 1,2 |
| Лични и социални взаимоотношения | 22,6 | 22,6 | 22,5 | 22,8 |
| Обезпокоително и агресивно поведение | 4,3 | 5,5 | 3,5 | 4,5 |
| Социални нагласи и помощ | 5 | 5,8 | 5,4 | 6,4 |

При болните, при които има предимно негативна симптоматика, разликата в данните между тях и данните на техните близки е по-слабо проявена. При това, общата тенденция е по-високи проценти да показват близките на болните и в двете групи. Така за болни с последваща хоспитализация разликата е: при социалните нагласи и помощ - 1%, при обезпокоителното поведение - 1%, при личните и социални взаимоотношения - 0,3%, при обгрижването 0,2%. При болните с първа хоспитализация: социалните нагласи и помощ - 0,8%, при обезпокоителното и агресивно поведение - 1,2%, при обгрижването - 0,8%. Различие се наблюдава при социално полезните дейности. В тази група по-високи положителни оценки дават болните. Така за двете групи (с първа и последваща хоспитализация) разликата е от 0,5%. От анализа на данните става ясно, че болните с предимно негативна симптоматика са по-слабо заинтересовани от реализирането на социални контакти, в целият им диапазон, като заедно с това, те са по-близки до реалната оценка на техните действия.

Обсъждане

В изследването се проучиха аспектите на психосоциалното функциониране на базата на субективната и обективна оценка при двете групи изследвани пациенти – водеща позитивна и водеща негативна симптоматика (PANSS) (една и повече от една хоспитализации) и на базата на близки и обслужващ персонал. Изследва се взаимовръзката между болестта и отделните дименсии на психосоциалното функциониране и се анализира влиянието и върху функционирането при пациентите с шизофрения.

При обобщаване на данните от изследването, се установи, че между данните получени чрез отделните методи на изследване, съществува висока степен на корелация. Така, степента на корелация между данните получени чрез SCL-90-R и PSP-скалата съставлява 0,78. Съответно между SCL-90-R и демографските данни, корелацията е 0,76. Между PSP-скалата и демографските данни $r=0,73$. Регистрира се и значим коефициент на корелация между данните, посочени от респондентите и тези, които посочват техните близки. Там $r=0,68$, което може да се счита за висока степен на съвпадане на мнения на различни лица. На тази основа може да се направи **заключение за високата степен на достоверност на представените в изследването данни.**

Корелационният анализ на данните проведеното изследване ни позволи да установим на стабилни зависимости между определени показатели, като неговото приложение в случая на настоящето изследване е от съществено значение, тъй като в основата му изследването на зависимостите между социалните условия, в които се намират болните от шизофрения и възможностите за тяхната пълноценна социална интеграция.

1. Коефициент на Браве-Пирсън

За нуждите на изследването бе приложен общият коефициент на Браве-Пирсън, като в конкретния случай е използван следният инструмент:

Установяването на отношенията между данните е проведено в няколко хипотези:

-зависимост между качествата на социалната среда и наличието на проявления на заболяването при болните;

-установяване на различия в корелацията при болни с първа и последващи хоспитализации;

-установяване на различия в нивото на корелация при болните с позитивна и негативна форма на заболяването.

а) Корелация между качеството на социалната среда и проявите на заболяването при болните. Данните се отнасят за цялостната съвкупност на болните.

Данните са представени в **таблица 7**.

| | Соматични прояви | Депресивни прояви | Различни видове тревожност | Обсесивна компулсивност | Агресивно и автоагресивно поведение |
|---|------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Наличие на приемаща семейна среда. | 0,65 | 0,57 | 0,59 | 0,61 | 0,69 |
| Активни социални взаимодействия на болните | 0,58 | 0,59 | 0,62 | 0,60 | 0,67 |
| Извършване на трудова дейности и проява на активност | 0,62 | 0,59 | 0,52 | 0,64 | 0,66 |
| Обслужване на собствените потребности на болните | 0,59 | 0,58 | 0,58 | 0,60 | 0,68 |
| Внимание към процедурите на лечението и търсене на допълнителни възможности | 0,59 | 0,62 | 0,62 | 0,64 | 0,67 |
| Безконфликтно поведение, в т.ч. и липса на автоагресия | 0,60 | 0,64 | 0,66 | 0,66 | 0,68 |
| Търсене на допълнителна помощ в лечебния процес и социалната интеграция | 0,55 | 0,53 | 0,57 | 0,59 | 0,60 |

Данните по отделните признаци дават основание да се твърдим, че съществува пряка връзка между високото качество на социалната среда и по-лекото протичане на заболяването, както и за по-добри условия за провеждането на лечение и последваща социална рехабилитация на болните от шизофрения. Заедно с това, следва да се отбележи, че съществуващата корелация няма крайно стабилен характер, което

предполага, че при нарушаване на един от посочените елементи на социалната среда, резултатът за болните може да има неблагоприятен характер.

б) Установяване на проявните форми на заболяването при болни с първа и последваща хоспитализации.

Данните са посочени в **таблица 8**.

| | Болни с първа хоспитализация | Болни с последваща хоспитализация |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| Соматични прояви | 0,45 | 0,57 |
| Депресивни прояви | 0,50 | 0,68 |
| Тревожност, в т.ч. и фобийна тревожност | 0,63 | 0,65 |
| Обсесивна компулсивност | 0,68 | 0,69 |
| Агресивно и автоагресивно поведение | 0,64 | 0,68 |

Коефициентите на корелация при формите на проява на заболяването при болните с първа и последваща хоспитализации, свидетелстват, че при последващата хоспитализация проявните форми и фактора имат значително по-висока степен на изразеност. От това, може да се направи извода, без той да има сила на представителна извадка, че социалните условия за болните с последваща хоспитализация са били неблагоприятни, а последващата хоспитализация води след себе си лечение на по-тежка форма на заболяването.

2. Изчисления на основата на коефициента на Спирмън.

Съществено значение в изследването има установяването на общи тенденции, които са проявени от отделни групи, които участват в него. Съответно, това налага прилагането на допълващ метод за установяване на корелации между данните, които тези групи проявяват.

Данните, получени за основните групи в изследването, са представени в **таблица 7**.

| | Болни | Близки на болните | Медицински персонал |
|--------------------------------------|-------|-------------------|---------------------|
| Соматични прояви | 0,456 | 0,63 | 0,61 |
| Депресивни прояви | 0,563 | 0,581 | 0,593 |
| Тревожност, в т.ч. фобина тревожност | 0,417 | 0,591 | 0,456 |
| Обсесивна компулсивност | 0,502 | 0,510 | 0,517 |
| Агресивно и автоагресивно поведение | 0,582 | 0,601 | 0,620 |

Изхождайки от данните от посочената таблица, може да се направи извод, че много от показателите на корелация имат по-висока степен на проявление между данните, които са посочени от медицинският персонал и близките на болните. Това показва сходна социална оценка на тяхното поведение, която заедно с това има съществени различия с мнението на самите болни. Единствено, по отношение на различните форми на тревожност, се установяват по-близки параметри на корелация между данните от медицинският персонал и самите болни, които статистически се различават от данните, които са били посочени от близките на болните. Може да се предположи, че причина за различията е различния подход към поведението на болните и недостатъчното разбиране от страна на техните близки.

3. Анализ на отклоненията на резултатите

Необходимостта от установяването на стандартните отклонения от средните значения, ни позволи да дадем оценка на степента на обединяване на мнението респондентите, относно отговорите на зададените им въпроси. На база на данните може

да се прецени какво е процентното отношение на лицата, които са дали сходни резултати в изследването.

Стандартното отклонение на данните от средните в резултатите са посочени за няколко елемента и по-специално: стандартното отклонение за самочувствието на болните, стандартното отклонение за самообслужването на болните, стандартното отклонение за социалната адаптация, стандартното отклонение за трудовите функции, стандартното отклонение за опасното и агресивно поведение.

В данните са посочени стандартните отклонения както според показанията на самите болни, така и според данните, които са съобщени от техните близки и медицинският персонал.

9.1. Стандартно отклонение от средните показатели, свързано с определението на соматичните проблеми. Представени са данните на самите болни, техните близки и медицинският персонал.

Данните са представени в **таблица 8**.

| | Болни (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Близики на болните (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Медицински персонал (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) |
|---|--|---|--|
| Емоционално състояние | 13,5 (54%) | 24,8 (40%) | 22,6 (57%) |
| Субективно възприемане на социалните контакти | 14,2 (56%) | 25,1 (42) | 24,5 (60,1%) |
| Соматични прояви | 18,3 (60%) | 28,4 (43,2%) | 26,2 (62%) |
| Тревожност | 15,3 (58%) | 23,1 (40,5%) | 25,3 (59%) |
| Депресивност | 15,1 (57%) | 24,7 (40,2%) | 26,2 (61%) |
| Обсесивна компулсивност | 13,5 (54,3%) | 26,2 (43%) | 26,4 (63%) |
| Агресивно и автоагресивно поведение | 15,8 (56%) | 27,3 (45%) | 25,6 (60,1%) |

Видно от данните, най-висок е броят на респондентите, които се придържат към централната тенденция сред медицинският персонал. Причина за това е, очевидно, следването на съответните медицински протоколи, както и взаимното въздействие на колегите, ангажирани с лечението на болните. Заедно с това, достатъчно широка е и дисперсията на данните, което е свързано с различните обяснения на едно или друго проявление на заболяването. При болните, (следващата категория проявяваща значително в процентно отношение централна тенденция) дисперсията на данните е значително по-малка, въпреки че качествено разнообразие на отговорите там е достатъчно голямо. Най-малка в процентно отношение централна тенденция може да се констатира при близките на болните, като това очевидно се дължи на значителните субективни различия в тази категория. В нея се констатира и най-голяма дисперсия на данните.

3.2. Стандартно отклонение при самообслужването на болните.

Данните са представени в **таблица 9**.

| | Болни (в скоби е посочен %) | Близики на болните (в) | Медицински персонал (в) |
|--|-----------------------------|------------------------|-------------------------|
|--|-----------------------------|------------------------|-------------------------|

| | включен в централната тенденция) | скоби е посочен % включен в централната тенденция) | скоби е посочен % включен в централната тенденция) |
|---|----------------------------------|--|--|
| Поддържане на лична хигиена от болните | 17 (67%) | 17 (64%) | 13 (55,1%) |
| Необходимо и достатъчно ежедневно хранене | 15,4 (60%) | 18 (63,7%) | 18,3 (57%) |
| Необходими за осигуряването на живота социални трансакции | 17,5 (68%) | 16 (61%) | 17,4 (54%) |
| Провеждане на лечение и приемане на лекарства | 16,8 (64%) | 15,3 (59%) | 14,8 (56%) |

Средната тенденция в областта на грижите за самите болни е най-ясно очертана именно при тях. Повечето от елементите имат централна тенденция над 60%, като дисперсията на данните е близка до дисперсията на данните с останалите групи. Отклоненията от дисперсията са в посока на утвърдителните отговори, подчертаващи централната тенденция. Близки са и данните на роднините на болните, като заедно с това там централната тенденция е проявена в по-малка степен. Най-малка, в процентно отношение е централната тенденция при медицинският персонал. Очевидно това се дължи на по-малкото наблюдения на персонала върху този аспект от дейността на болните. Дисперсията на данните при тази група е сходна с двете други.

3.3. Стандартното отклонение приложено към социалната адаптация на болните. Данните са посочени в **таблица 10**.

| | Болни (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Близки на болните (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Медицински персонал (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) |
|--|---|---|---|
| Взаимодействие на болните с техните семейства | 16,5 (68%) | 21,9 (91%) | 32,5 (87%) |
| Взаимодействие на болните с референтната социална група | 19 (73%) | 23 (93%) | 24,7 (79%) |
| Участие на болните в различни форми на социален живот, в т.ч. и религиозни обреди и традиции | 22,6 (69%) | 21 (88%) | 22,1 (78,5%) |
| Взаимодействие на болните с медицинският персонал. | 16 (68%) | 19,8 (89,2%) | 34,5 (91%) |

Както може да се констатира от посочените данни и при трите групи се наблюдава висока широк представителства на данните в централната тенденция. Най-съществен е нейният обхват при близките на болните, като достатъчно висок е и при медицинският

персонал. При тези две категории, приблизително близки са и параметрите на дисперсията на данните. Малко по-ниски са показателите и на централната тенденция и на дисперсията при болните лица, което очевидно се дължи на индивидуалните особености на заболяването.

3.4. Стандартно отклонение на данните, свързани с изпълнение на трудовите трудови и други видове полезна дейност.

Данните са представени в **таблица 11**.

| | Болни (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Близки на болните (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Медицински персонал (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) |
|--|---|---|---|
| Общо изпълнение на трудова и/или друга социално полезна дейност от болните | 24,2 (56%) | 24,5 (63%) | 31,2 (69%) |
| Поддържане на съществуващи умения и придобиване на нови такива | 22,5 (55,8%) | 27 (68%) | 30,4 (70,2%) |
| Взаимодействие на болните с колеги, близки и други лица, общуването с които е част от извършваната дейност | 19,6 (51,5%) | 21 (65%) | 27 (71,5%) |
| Психологически последици (както положителни, така и отрицателни) от извършването на полезна дейност. | 21,7 (56,7%) | 20,8 (66,9%) | 26,3 (70,3%) |

Най-съществена е централната тенденция в мненията изказани от медицинския персонал. Следващо по процентно отношение ниво на централна тенденция се наблюдава при близките на болните, а най-ниска е тя при отговорите на самите болни. И при трите групи се установява примерно еднакво ниво на дисперсия на данните, като заедно с това, най-ниска е тя именно при самите болни. Като цяло, изпълнението на трудови и социално полезни дейности е процес, който във висока степен може да бъде обективно проверен, затова и дисперсията на данните, засяга най-вече отделни детайли на този процес, а не толкова цялостното му изпълнение.

3.5. Стандартното отклонение на данните, свързани с агресивното и автоагресивното поведение на болните.

Данните са представени в **таблица 12**.

| | Болни (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Близки на болните (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) | Медицински персонал (в скоби е посочен % включен в централната тенденция) |
|---|---|---|---|
| Форми на вербална агресия, проявена както при | 16,8 (47%) | 21,2 (69%) | 24,9 (63,3%) |

| | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|
| взаимодействие, така и при липса на такова | | | |
| Агресивно поведение, насочено към предмети, животни и/или въображаеми събеседници | 17,3 (52%) | 20,5 (64%) | 22,8 (64%) |
| Агресивно поведение, насочено към други хора, включващи както провокирани, така и непровокирани форми на агресия | 21,4 (50,6%) | 23,5 (66,3%) | 21,8 (57,6%) |
| Различни форми на автоагресивно поведение. | 17,9 (53,7%) | 20,5 (63,7%) | 20,6 (58,7%) |

Данните от установяването на стандартното отклонение показват, че в групата на самите болни, процентното отношение на централната тенденция към дисперсията е значително по-голяма от това на другите две групи. Очевидно, това се дължи на обстоятелството, че самите болни не оценяват част от вербалните и поведенческите си актове в качеството на агресивни по отношение на други хора, както и по отношение на конструирани от тяхното съзнание обекти. Дисперсията при болните също така не може да се разглежда като равномерно разпределена. Приоритет при нея имат позитивните форми, т.е. много от поведенческите и вербалните актове се разглеждат или като неутрални или като нямащи пряк агресивен характер. В групите и на болните и на медицинския персонал се наблюдава близко процентно отношение на централната тенденция, както и близки по своите характеристики на стандартното отклонение.

4. Данни, получени чрез t-тест на Стюдънт.

4.1. Тест t-тест на Стюдънт за независими извадки.

Този тип параметричен тест използвахме в изследването в двете си разновидности - за зависими и за независими извадки, тъй като в изследването присъстват и двата типа.

В качеството на независими извадки, се разглеждат извадките на болните, членовете на техните семейства (лицата полагащи грижи за тях) и медицинския персонал.

а) Анализ на данните, относно различията в мненията на пациентите, техните близки и медицинския персонал, относно тяхното психосоциално функциониране.

Данните са представени в **таблица 13**.

| | t | n | p |
|--|--------|------|------------|
| Полагане на труд | t=0,89 | n=12 | $p < 0,05$ |
| Самообслужване на болните | t=0,88 | n=26 | $p < 0,05$ |
| Извършване на домакински дейности от болните | t=0,66 | n=22 | $p > 0,05$ |
| Адаптивност към социалните условия | t=0,57 | n=16 | $p < 0,05$ |
| Наличие на агресивни импулси, | t=1,75 | n=29 | $p > 0,05$ |

| | | | | |
|------------------------------------|-------|--------|------|------------|
| насочени към другите | | | | |
| Автоагресия и склонност към суицид | и към | t=2,45 | n=21 | $p > 0,05$ |
| Готовност за лечение | за | t=1,31 | n=8 | $p < 0,05$ |

Основният извод, който може да бъде направен на основата на посочените в таблицата данни е, че различията между данните, посочвани от болните, както и от техните близки и медицинският персонал имат степен на различие, която може да се възприеме като достоверна. Заедно с това, при отделни елементи, не може да се отхвърля и нулевата хипотеза, т.е. достоверността на някои от данните може да бъде по-малка, в сравнение със средната за съвкупността.

б) Анализ на данните на пациентите, относно тяхното психосоциално функциониране и последващи хоспитализации.

Данните от анализа са представени в **таблица 14**.

| | T | n | p |
|---|--------|------|------------|
| Добро психосоциално функциониране и първа хоспитализация | t=2,85 | n=7 | $p > 0,05$ |
| Добро психосоциално функциониране и последваща хоспитализация | t=1,35 | n=15 | $p < 0,05$ |
| Лошо психосоциално функциониране и първа хоспитализация | t=0,78 | n=23 | $p < 0,05$ |
| Лошо психосоциално функциониране и последваща хоспитализация | t=0,95 | n=30 | $p > 0,05$ |

Въпреки, че и в този случай може да се констатира достоверността на данните, трябва да се отбележи, че степента на достоверност, е под въздействието на допълнителни, качествени фактори, които определят психосоциалното функциониране на болните. Независимо, че се установява зависимостта между последващите хоспитализации и психосоциалното функциониране, степента на доказаност на хипотезата е в непосредствена зависимост от една от променливите, а именно качествените параметри на психосоциалното функциониране.

в) Анализ на данните за съществуващите различия между пациентите с предимно позитивни и предимно негативни симптоми.

Данните от анализа са представени в **таблица 15**.

| | t | n | p |
|---|--------|------|------------|
| Различия между двете групи по степен на соматизиране | t=0,77 | n=10 | $p > 0,05$ |
| Различия между двете групи по степен и качество на социализацията | t=1,22 | n=25 | $p < 0,05$ |

| | | | |
|---|--------|------|------------|
| Различия между двете групи по отношение на агресивното и антисоциалното поведение | t=0,69 | n=30 | $p > 0,05$ |
| Различия между двете групи по отношение на проявеното включване в определени социални норми | t=2,14 | n=18 | $p > 0,05$ |

Изхождайки от данните, може да се установи наличието на различия между болните с предимно позитивни и предимно негативни проявни форми. Очевидна е степента на достоверност, която може да бъде определена като статистически значима, което на свой ред, води до извода, че различията между посочените групи имат съществено значение.

4.2. Тест t-тест на Стюдънт за зависими извадки.

Към тази категория се отнасят резултатите на групата на болните, след въздействието на определена независима променлива. В качеството на такава са взети под внимание провеждането на съответното лечение, както и проведените последващи рехабилитационни действия. В качеството на втората зависима променлива са болните с последваща хоспитализация в медицинско заведение.

а) Статистически закономерности при проверката на хипотезата относно негативното въздействие на симптоматика извън психотичния спектър върху психосоциалното функциониране на пациентите с шизофрения.

Данните са представени в **таблица 16**.

| | t | n | p |
|--|--------|------|------------|
| Въздействие върху пациенти с първа хоспитализация и предимно позитивна симптоматика | t=0,98 | n=12 | $p > 0,05$ |
| Въздействие върху пациент с първа хоспитализация и предимно негативна симптоматика | t=1,22 | n=21 | $p < 0,05$ |
| Въздействие върху пациенти с последваща хоспитализация и предимно позитивна симптоматика | t=0,79 | n=15 | $p > 0,05$ |
| Въздействие върху пациенти с последваща хоспитализация и предимно негативна симптоматика | t=1,53 | n=19 | $p > 0,05$ |

Изхождайки от посочените в таблицата данни може да се направи извод за това, че хипотезата за зависимостта между симптоматиката извън психотичния спектър, води до влошаване на психосоциалното функциониране на болните.

б) Проверка на хипотезата относно зависимостта на хоспитализациите и нарастването на психосоциалните дефицити. В даденият случай, както и в предходния, данните са представени за четирите групи от болни.

Данните са представени в **таблица 17**.

| | t | n | p |
|---|--------|------|------------|
| Въздействие върху пациенти с първа хоспитализация и предимно позитивна симптоматика | t=1,02 | n=10 | $p > 0,05$ |

| | | | |
|--|--------|------|-------------------------|
| Въздействие върху пациент с първа хоспитализация и предимно негативна симптоматика | t=0,99 | n=8 | $p \triangleright 0,05$ |
| Въздействие върху пациенти с последваща хоспитализация и предимно позитивна симптоматика | t=0,88 | n=19 | $p \triangleright 0,05$ |
| Въздействие върху пациенти с последваща хоспитализация и предимно негативна симптоматика | t=1,21 | n=23 | $p \triangleright 0,05$ |

Видно и в този случай е, че данните свидетелстват за потвърждаването на съответната хипотеза, като в този случай степента на достоверност е дори по-висока в сравнение със степента на достоверност, посочена в т. „б“.

в) Проверка на хипотезата за готовността на пациентите с шизофрения да поддържат стабилен социален статут и прякото отражение на тази готовност от провокациите на социалното обкръжение.

Като последици от въздействието на провокациите на социалното обкръжение за нуждите на статистическата обработка ще се възприемат следните действия: наличие на функционални ангажименти в рамките на семейството, самостоятелните действия на болните по решаване на функционалните проблеми свързани с тях, трудовата заетост (изхождайки от високият процент на болни, които посочват трудова заетост), както и по-високата степен на ангажираност на болните с различни социални функции.

Данните са представени в **таблица 18**.

| | t | n | p |
|--|--------|------|-------------------------|
| Изпълнение на определени функции в семейна среда | t=0,66 | n=7 | $p \triangleleft 0,05$ |
| Самостоятелни действия, свързани с осигуряване на собствения живот | t=0,79 | n=12 | $p \triangleright 0,05$ |
| Функции, които са свързани с изпълнението на определена трудова заетост | t=1,22 | n=22 | $p \triangleleft 0,05$ |
| Действия на болните, които са свързани с изпълнението на определени задължения от социално естество. | t=0,87 | n=15 | $p \triangleleft 0,05$ |

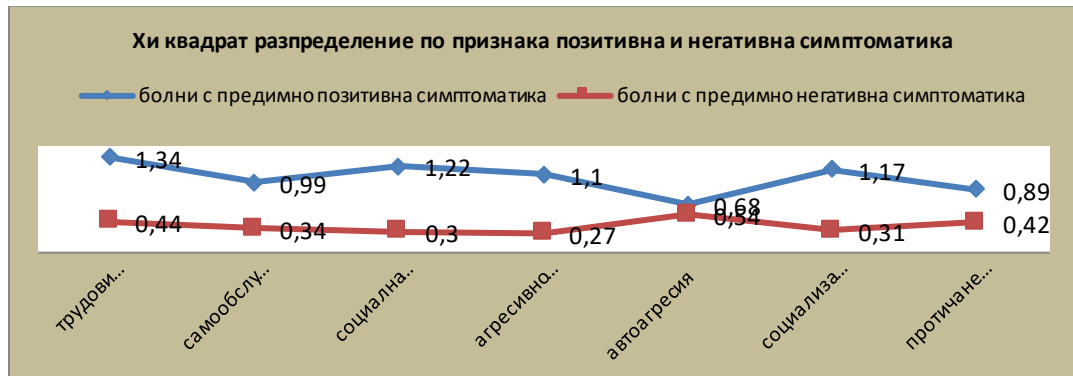
Видно от данните от таблицата е, че хипотезата намира своето потвърждение, като съгласно статистическите данни, провокирането на комуникационна активност от страна на болните от шизофрения, се отразява положително на протичането на заболяването и осигурява определено състояние на „плато“ на заболяването.

5. Обработка на информацията на основата на χ^2 - анализа.

За нуждите на изследването на проверка подлежат: влиянието на броя на хоспитализациите върху болните от шизофрения; въздействието на социалните условия и тяхното качество върху протичането на заболяването; въздействието на възрастта и образованието върху социалните фактори, оказващи влияние върху заболяването; отношението между позитивната и негативната симптоматика и степента на социална адаптивност на болните; разпределението на мненията на болните, медицинският персонал и близките на болните.

5.1. Данни за въздействието на позитивната и негативната симптоматика върху социалната адаптация на болните, според данните използвани в отделните инструменти на изследването.

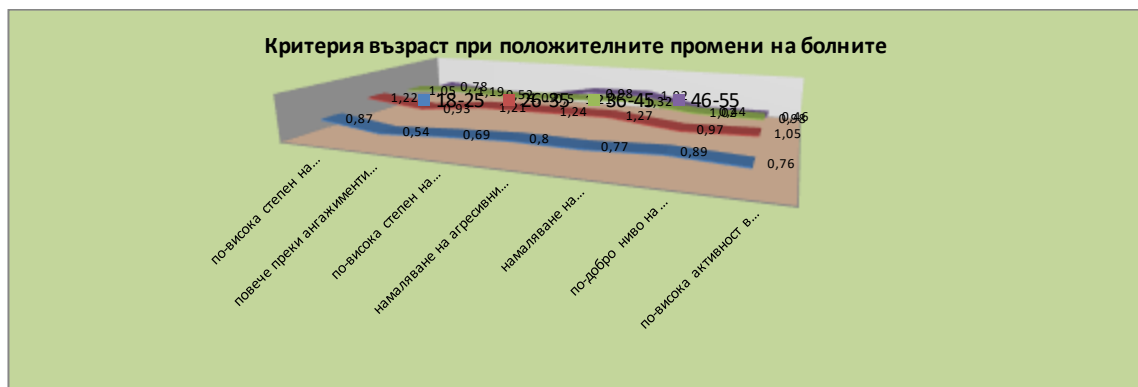
Разпределението на данните, съгласно хи квадрат анализа е представено на фигура 7.



Фиг. 7. Разпределение на данните, съгласно χ^2 - анализ

Видно от разпределението на данните, съвкупностите от показатели, на практика не се пресичат. Това показва наличието на съществени различия в социалната адаптивност на болните с позитивна и негативна симптоматика. Единствено доближаване на честотите на проявление при двете категории е в сферата на проявената от тях автоагресия.

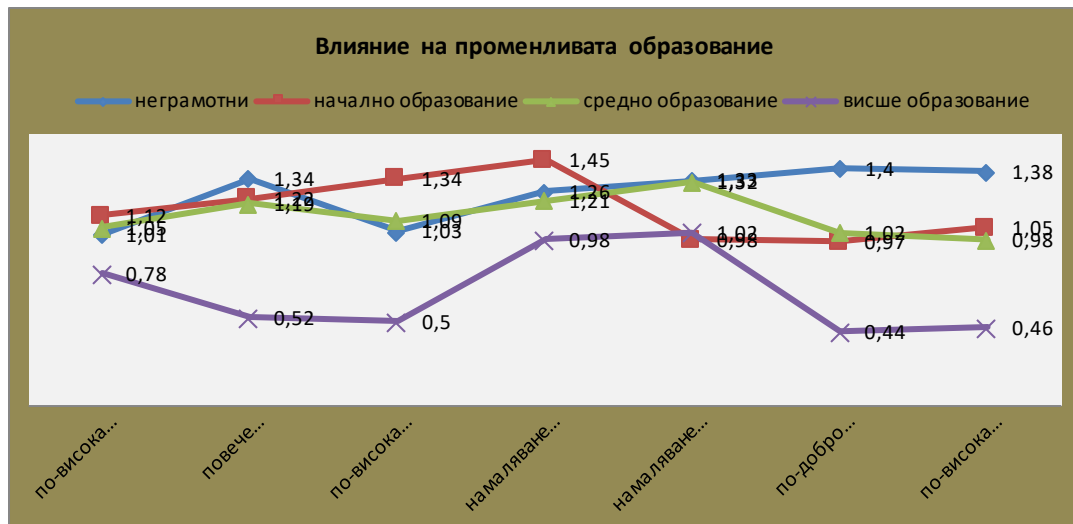
5.2. Възраст и образование като променливи, оказващи въздействие върху честотите на положителните социални промени при болните от шизофрения. Данните са представени на фигура 8.



Фиг.8. Възраст и образование (променливи), въздействащи върху честотите на положителни социални промени при пациенти с шизофрения

Изхождайки от данните, посочени на графиката, може да се направи извод, че променливата възраст оказва определено въздействие върху положителните промени в състоянието на болните. По-специално, наблюдава се отделянето на една група, а именно лицата във възрастовият интервал от 46 до 55 години, при които показателите за положителни промени са значително по-слабо проявени.

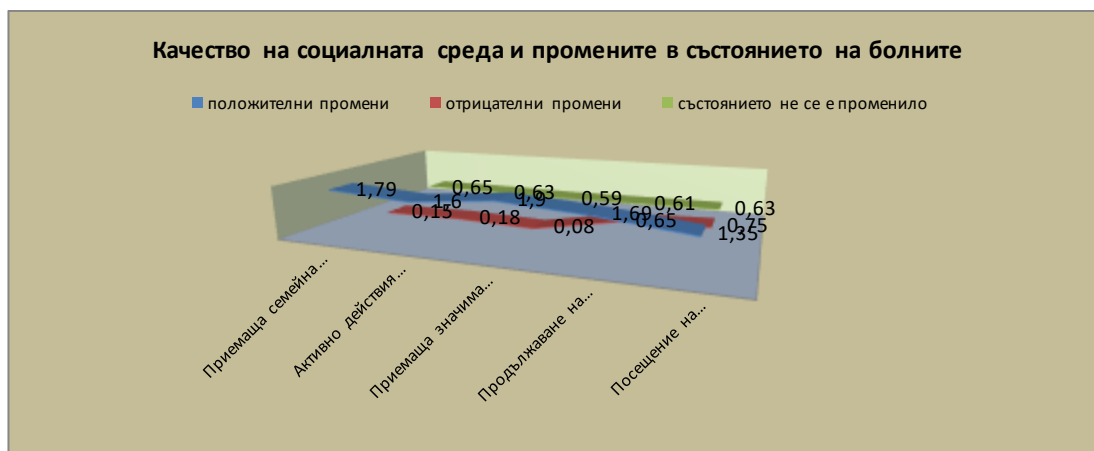
Показателите, установени чрез прилагането на χ^2 - анализ по променливата образование. Данните са посочени на фигура 9.



Фиг. 9. Данни по променлива образование

Видно от графиката, по-ниските степени на образование показват сходни честоти на разпределение по положителното въздействие, което имат степените на образование, като при лица без образование и лицата с начално образование честотното разпределение е близко по своето значение. Изключение може да се констатира при лицата с висше образование, при които по-голямата част от показателите има по-ниски стойности.

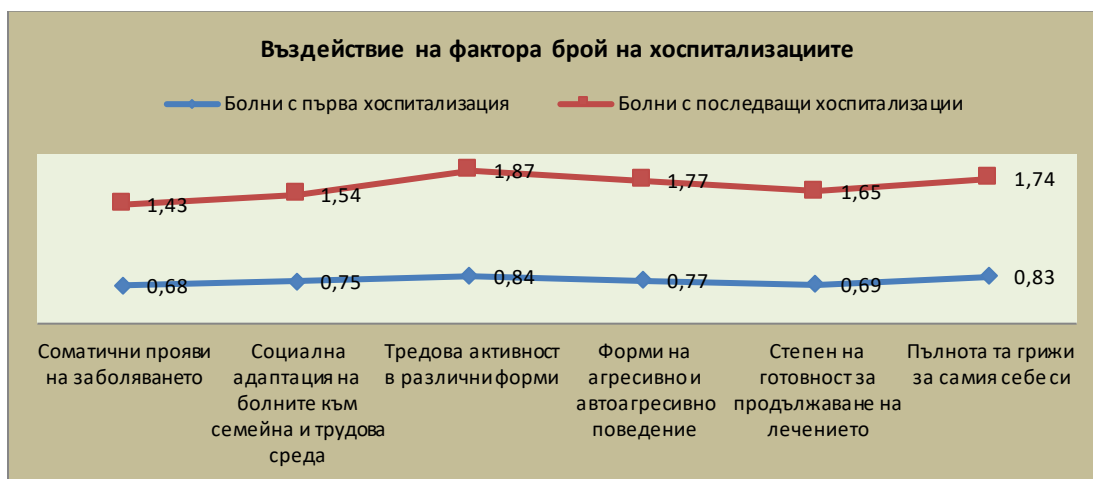
5.3. Въздействие на качеството на социалните условия върху протичането на заболяването при болните от шизофрения. Данните са представени на фигура 10.



Фиг. 10. Въздействие на качеството на социалните условия върху протичането на заболяването

Видно от графиката, при активната и приемащата социална среда, доминиращото разпределение е на положително развитото се протичане на заболяването, като водещо значение имат семейната среда и значимата за индивида преди настъпване на заболяването социална група. Според разпределението на отговорите, по-неблагоприятната и неприемаща среда е фактор за по-лошо проведеното лечение и съответно, по-лошите крайни резултати.

5.4. Разпределение на резултатите при въздействието на фактора брой на хоспитализациите. В даденият случай анализа е направен по две основни величини - първа и последваща хоспитализация, без да е изследвано влиянието на конкретния брой хоспитализации. Данните са представени на фигура 11.



Фиг. 11. Въздействие на фактор брой на хоспитализации

Според разпределението на данните от графиката, може да се установи съществено различие между болните с първа и последваща хоспитализации. На практика при последващите хоспитализации се наблюдава засилване въздействието на определени фактори, като между отделните елементи може да се установи обща зависимост, но заедно с това се очертава и съществуващата тенденция, към засилване на негативните прояви при последващите хоспитализации.

На основата на данните може да се посочи, че в извадката са достатъчно широко представени различните проявления на заболяването.

При разглеждане на факторите на психосоциалното функциониране, изследване на взаимовръзките между неговите аспекти и отделните дименсии установените корелации са сложни. Корелационните анализи разкриха, че дименсиите са свързани с позитивните аспекти на субективното преживяване, но нито една от дименсиите не корелира с негативния аспект на субективното преживяване. Това налага извода, че преживяването на приятни емоции, щастие, ниско равнище на негативните настроения и висока удовлетвореност от живота могат да играят ролята на буфер срещу тежестта заболяването. Тук подкрепящата среда (семейство, близки, общество) играе особено важна роля.

При сравняване равнището на субективно благополучие на двете групи изследвани пациенти с t-тест на Стюдънт измерените равнища на всички позитивни аспекти на субективното преживяване за благополучие и негативните аспекти при двете групи са ниски. Установиха се значими различия единствено по отношение на удовлетвореността от семейните взаимоотношения. Пациентите с първа хоспитализация споделят по-високо равнище на значимост по отношение на семейството в сравнение с групата на поредна такава ($t=2.09$; $p=0.04<0.05$).

Допускаме, че получения резултат в настоящото изследване може да се обсъжда във връзка с по-голямата свързаност на тези пациенти с техните семейства, поради изразената им необходимост от грижи, разбиране и подкрепа.

За да бъдат извлечени различията между двете групи изследвани лица в значимите предиктори за всяка от дименсиите при тях, е приложен регресионен анализ на влиянието на отделните аспекти на болестта върху степента на функционирането.

От получените резултати може да се направи извода, че позитивните емоции (позитивен афект) вероятно придобиват значение за пациентите със шизофрения след като са успели да се адаптират към болестта, изградили са стратегии за справяне и са

стигнали до способност за контрол над негативните емоции свързани с болестните преживявания. Този анализ дава и идеи за насоката на терапевтичните интервенции в различните периоди на болестта.

Психосоциалното функциониране по аспекти на изследваните лица обхваща също удовлетвореността им от семейството, отношения с близки и приятели, доходите, професионалните възможности участието в свободни дейности, социалните ориентации отношенията между поколенията, общественото развитие, здравето и условията на живот.

При проведен еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA) за установяване на влиянието на отделните фактори придружаващи болестното състояние върху тежестта на отделните дименсии на психосоциалното функциониране при пациенти с негативна симптоматика се установи значимо влияние единствено на свободните дейности за дименсията понижена мотивация в посока намаляване на тежестта ѝ ($F= 2.73$; $p=0.01<0.05$).

В резултат от понижената мотивация пациентите с негативна симптоматика вероятно се изолират от дейности, необходими за изграждане и поддържане на задоволителни взаимоотношения с други хора, както и от такива, които им доставят удоволствие (хоби, извънтрудови ангажименти) или насочени към личностно самоусъвършенстване.

От посочените по-горе резултати се оказва, че концепцията за качеството на живота би могла да ни помогне да разберем в кои области на живота пациентите с шизофрения изпитват дисбаланс между адаптацията, преживявания и емоции и настоящите условия на живот. Следователно от значение е да се оценят аспектите на психосоциално функциониране на пациентите с шизофрения тъй като е очевидно, че на колкото по-високо ниво функционират, толкова по-високо е нивото на адаптация и чувството за благополучие, което ще доведе до завършване на лечението при максимално ниво на придържане и спазване на терапевтичния курс на пациентите. Пълното изясняване на този факт обаче изисква по-задълбочено изследване, което може да бъде предмет на последващи проучвания.

По отношение на зададените хипотези бихме могли да направим обобщение по следните точки:

1. Субективната оценка на пациентите с шизофрения за удовлетвореността им от психосоциалното им функциониране се различава от оценката на близките им или от оценката на наблюдаващия ги медицинския персонал.

По отношение на първата хипотеза в изследването, данните от изследването показват, че съществуващите различия между мнението на болните, техните роднини и наблюдаващият ги персонал имат, но не при всички показатели се различават съществено от тяхното мнение. По-съществени различия са констатирани в такива области като: приемането на медикаменти, хигиената полагането на определен вид труд, способността на болните да извършват функции, свързани с домакинската работа, както и готовността на болните да повишават своята адаптивност към социалните условия, в които те функционират (там различията са в рамките на 24%). Констатират и значителни различия в мненията на пациентите, близките и персонала, по отношение на възможността, пациентите самостоятелно да полагат грижи за себе си, както и да извършват дейности, чрез които биха могли по-бързо да реализират функциите по повишаването на своето здравословно състояние. Макар и в по-малка степен, могат да бъдат установени и различия в мненията, относно това, каква е степента на социална адаптация на болните.

Значението на корелация между извършването на самостоятелни грижи и степента на удовлетвореност от психосоциалното функциониране е $r=0,72$, а нивото на

корелация с между фактора и различията е $r=0,69$. Нивото на статистическа значимост на данните и в двете групи е както следва: при лица с позитивни признаци - $p(T)=0,65$, при групата на лицата с негативни признаци - $p(T)=0,50$.

Изводимо е, че при болните с предимно позитивна симптоматика, може да се констатира в значителна степен (24%) проявени различия, сравнено с болните с негативна симптоматика. При болните с предимно негативна симптоматика, различията са незначителни и могат да бъдат определени като не надвишаващи допустимите статистически различия, както и различия, които са породени от субективната оценка.

2. Съществуват значими различия във нивото на психосоциално функциониране между шизофрени пациенти, които проявяват позитивни симптоми (илюзии, халюцинации и мисловни разстройства) и онези, които изразяват негативни симптоми (изравненост на афекта, емоционално отдръпване и оскъдност в разбирането).

Данните от изследването, показват, че в нивото на психосоциалното функциониране на пациентите, имащи предимно позитивни и предимно негативни симптоми, се наблюдават съществени различия. Те могат да бъдат сведени в няколко основни групи.

1. Различия в степента на соматизиране при болните от двете групи. При болните с позитивни симптоми, общата физическа активност е на значително по-високо ниво (такава показват средно 21%). Често те са готови да изпълняват по-бързо определени действия, дори тогава, когато степента на прецизност на тези действия е недостатъчна. Заедно с това, при тази категория болни, нервното напрежение, свързано с активността и прекалено голямо, което има като следствие бързото прекъсване на определени действия, нарушаване на точността на тяхното изпълнение и практическото затруднение на изпълнението на еднотипна работа. Това, в значителна степен намалява тяхната пригодност за извършване на полезни или съвместни с други хора дейности. При болните, при които се проявяват предимно негативни симптоми, присъстват предимно признаци, които свидетелстват за намалена двигателна активност, главоболие, ниска степен на общата кондиция (такава активност показват 14%). Липсва желание за физическа активност, както и за извършване на определени физически или интелектуални дейности.

2. Съществени различия между болните с предимно позитивни и предимно негативни симптоми се установяват и в областта на социализацията и възможността за функциониране в определени социални системи. Така, при болните с позитивни прояви на шизофрения, в значително по-голяма степен възниква риск от проява на агресивно поведение и неадекватни реакции към дейността на околните (средно ниво -23%). Въпреки че тези болни са значително по-активни, но изпълняваните от тях функции сравнително рядко могат да стигнат до реален, положителен краен резултат (такъв резултат показват 16%). Данните показват, че вътрешните преживявания могат да имат негативни външни прояви, резултат от което е дезорганизация на дейността, която реализират болните (дезорганизацията се установява при 22%). Честа форма при тях са и неадекватните емоционални реакции, които могат да имат чисто произволен стимул от страна на околните хора (неадекватни реакции показват 36%). Това е и една от причините, поради които болните с предимно позитивна симптоматика, все пак в по-малка степен са ангажирани с реализирането на икономическа активност (трябва да се има предвид, че разликите по критерия наличие на работа са крайно незначителни). Следва да се отчита, че M (средното значение) = 0,88, при групата на лица с предимно позитивна симптоматика и $M=0,79$ при лицата с предимно негативна симптоматика. Корелацията между признаците е $r=0,70$.

При болните с предимно негативна симптоматика има също така може да се констатира активна десоциализация, която, обаче, се основава на съвсем различни

причини. Наличието на изразена апатия и самоизолацията на тези болни не позволява тяхната пълноценно психосоциално възстановяване и връщането им в обществото в качеството на пълноценни негови членове (такива данни се констатира при 24%). На практика, болните с подобно симптоматика, не могат да бъдат подтикнати към извършването на определени дейности. Това се отнася както към дейности, отнасящи се към категорията на обществено полезните, така и към действия, свързани с грижата за собствената хигиена или помощта на близките им в домакинската работа (нарушения в тази област имат над 50%). За това се установяват следните корелации: средно за съвкупността - $r=0,67$, за лицата с позитивна симптоматика - $r=0,70$, а за лицата с негативна симптоматика - $r=0,65$. Средното значение е както следва - $M=0,88$. Стандартното отклонение - $SD = 0,004$.

3. Следващият елемент на съществено различие между двете групи е агресивното и антисоциално поведение, както и склонността на представителите на двете групи към автоагресия. При болните с предимно позитивна симптоматика, нивото на активност е значително по-високо, като тази активност често е свързана с реализирането на налудничави мисли, халюцинации и др. Това води да значително по-висока степен на риск за околните, както от непосредствено агресивно поведение на тези болни, така и от потенциално такова поведение (такива форми демонстрират 27%). В групата на болните с предимно позитивни симптоми, се наблюдават както по-висока степен на активност при агресивното поведение, така и значително по-чести мисли, свързани с нараняване на други хора, чупене на предмети и др. (такива форми имат 29%). При тази група се наблюдава и значително по-висока степен на автоагресия, която се изразява в мисли, свързани със самоубийство или самонараняване (26%).

При болните с предимно негативни симптоми, се наблюдава затваряне в себе си, ниска степен на активност, липса на емоционална чувствителност както към мнението и действията на околните, така и към извършването на дейности, които са полезни за самите тях. При тази група се констатира и ниска степен както на агресивни или вредни действия по отношение на другите, така и на мисли, които да са свързани с нанасянето на вреда на друга хора или предмети (агресивни форми на поведение проявяват 6%).

4. Различия между болните с предимно положителни и предимно отрицателни симптоми, по отношение на възможността за вписване в определени социални норми. Изпълнението както на трудовата дейност, така и провеждането на пълноценно лечение и последваща ресоциализация изисква висока степен на включеност на болните в определени социални и културни норми. При двете групи тези възможности са достатъчно ограничени, като заедно с това, тези ограничения имат различен „знак“. Цикличната динамика на поведението, като правило не позволява включването на тези лица в социалните и културните стандарти, което на свой ред, води да задълбочаваща се десоциализация (за признаци на десоциализация съобщават 22%).

При болните с предимно негативна симптоматика, обратно на това, се наблюдава „затваряне“ в себе си и много ниска степен на взаимодействие с обектите от външния свят. Възприятието на тази категория болни не дава основание да се смята, че те биха могли да се включат в социалните и културните норми в степен, която позволява тяхната пълноценна ресоциализация. Очевидно, тази категория болни, се нуждае от особен, щадящ режим на работа и социализация предимно в рамките на семейството и техните близки.

Изхождайки от направените заключения, следва да се посочи, че хипотезата намери в процеса на изследване своето пълно потвърждение.

3. Пациентите с позитивна симптоматика търсят повече възможности за социално включване, трудова активност и придобиване на обща социална значимост, отразяваща се в по-голяма критичност и неудовлетвореност от живота.

Болните, при които се наблюдава предимно позитивна симптоматика имат широки възможности за търсене на допълнителна дейност в дейности, които изискват мобилизация на техния потенциал от знания, както и на определени техни умения, които са получили преди възникването на заболяването. Тази категория болни търсят социални контакти, могат да изпълняват, при спазването на някои ограничения, своята дейност, имат възможността да полагат непосредствени грижи за самите себе си (приблизително 20%). В практиката на много страни, тези болни имат възможността за пълноценна адаптация, в специализирани центрове, която се отразява положително върху тяхната социална реинтеграция, като заедно с това, положително се отразява върху провежданото лечение. За съжаление, социалните институции в нашата страна не са в състояние да окажат пълноценна подкрепа на тази категория болни и да създадат условия за тяхната пълноценна социална реинтеграция и прилагане на техния потенциал. За това свидетелстват данните, показващи ефективността на работата на социалните учерждения.

На основата на анализа на данните може да се направи извода, че в рамките на състоянието на болните с предимно позитивна симптоматика съществуват възможности за повишаване на тяхната трудова активност, както и условия за тяхното по-активно социално включване в рамките социалните групи, които са традиционни за тях (възможност в това отношение посочват около 17%).

Изхождайки от данните в изследването, както и на основата на сравнението на данните предоставени от болните, техните близки и медицинският персонал, може да се твърди, че хипотезата намира своето пълноценно потвърждение.

4. При пациенти с по-добро психосоциално функциониране се регистрират по-малко на брой хоспитализации.

За анализа на влиянието на психосоциалното функциониране върху количеството на хоспитализациите на пациентите е необходимо да се сравнят данните за нивото на психосоциално функциониране на лицата от двете групи с първа и последващи хоспитализации, като на основата на данните, може да се направи извод за статистически достоверното влияние на средните показатели и техните промени върху хоспитализацията (при лицата, които имат възможността за по-добра ресоциализация процента на последващи хоспитализации е с 24% по-малък).

Изхождайки от този методологичен подход на анализ, могат да бъдат направени следните изводи:

1. Сред пациентите с последващи хоспитализации и при двете групи се наблюдава преобладаване на лица, които проявяват по-ниски нива на обща социализация, т.е. при тези болни, показателите на интегративни действия са по-ниски както по отношение взаимодействието между тях и техните семейства, така и в останалите елементи на социалната активност и по-специално по-ниски нива на трудова активност и готовност към реализацията на такава активност (19%).

2. При пациенти, които са показали по-високи нива на социална активност в групата на лицата с преобладаваща положителна симптоматика, лицата с последваща хоспитализация са относително по-малко (13%). Зависимостта на последващата хоспитализация от социалната активност пряко корелира с нивото на активност на членовете на семействата на тези болни и готовността на семействата да извършат допълнителни грижи за тях. При липса на такава активност от страна на семействата (т.е. при взаимодействие единствено със съответните социални служби), не се наблюдават положителни промени. Данните показват, че зависимостта по t-критерия, е съответно $WCC=1,3$. Дисперсията $D=0,02$. Следователно, нивото на значимост за зависимостта е $p(T)=0,84$.

3. При пациенти, при които се наблюдава предимно негативна симптоматика нивото на последващи хоспитализации не корелира непосредствено с нивото на грижи които се полагат за тях както от социалните институции, така и от техните близки (корелациите са в рамките 3%). В значителна степен нивото на последваща хоспитализация корелира с особеностите на заболяването и най-вече с възможността на болните да „излизат“ от състоянието на самовглъбеност и липса на адекватни реакции на външни влияния (8%).

4. При болни, които имат предимно позитивни признаци на заболяването, по-малко са последващите хоспитализации сравнено с лица, които в по-малка степен проявяват елементи на агресивно и опасно за околните и самите тях поведение (12%). Сред лицата с прояви на агресия, както и сред лицата, проявяващи автоагресия, на практика всички са били хоспитализирани в последствие. Това може да се установи при последващи контролни процедури по лицата, които са попаднали в първоначалната извадка.

Изхождайки от данните от изследването, може да се направи заключение, че хипотезата намери своето пълно потвърждение.

5. При пациенти с повече хоспитализации са налице нарастващи във времето психосоциални дефицити.

От данните на изследването, при всичките прилагани методи, може да се констатира еднозначно, че при болните с последващи хоспитализации, се констатира по-лоши психосоциални показатели, в сравнение с болните с първа хоспитализация (по-лошите показатели са в 14%). Тази обща тенденция засяга както болните с предимно позитивна, така и болните с предимно негативна симптоматика ($r=0,47$). Средните показатели се влошават при групите с последващи хоспитализации практически във всяка сфера, но особено ясно е това в такива области като способността на болните да осъществяват контакт с хората, които полагат грижи за тях, да изпълняват определени трудови задължения, както и да се интегрират в микросоциални групи, създадени с цел ресоциализация (18%).

Влошаването на състоянието при болните с последваща хоспитализация се изразява, при групите с предимно позитивни симптоми в това, че при тях по-чести са проявите на негативно отношение към другите, а в редица случаи, се установява и повишена агресивност към заобикалящите ги предмети и хора (19%). Според данните от изследването, при тази група се констатира и съществено засилване на налудните идеи, както и по-активната поява на халюцинаторни признаци (23%).

При болните с предимно негативна симптоматика се констатира по-висока степен на „затвореност“ на болните в себе си, висока степен на безразличие към действията на другите хора, както и по-активни преживявания, свързани с техният вътрешен свят.

И при двете групи, при лицата, имащи последващи хоспитализации се установява съществено повишаване на нивото на тревожност, при това както такава, която е мотивирана от конкретни действия на другите хора, така и такава, която е породена от вътрешните преживявания на самите болни (повишението е с 22%). Това води до нарастване на общото напрежение, в т.ч. и при отношенията на болните с други хора (такова е констатирано в 21%).

Като цяло, сред болните с последващи хоспитализации се наблюдават по-малко работещи, както и такива, които са склонни да реализират своята преквалификация.

Направените, на основата на данните от изследването заключения показват, че дадената хипотеза намира своето пълно потвърждение в данните от изследването.

6. При разгръщане на симптоматика извън спектъра на психотичната качеството на психосоциалното функциониране на пациентите с шизофрения спада.

На основата на данните от изследванията се потвърди една обща тенденция: с увеличаването на симптоматиката се намалява качеството на психосоциалното функциониране на болните. Това може да се установи при сравнение на данните от SCL

- 90 - R с данните от PSP-скалата и социално - икономическите характеристики на респондентите (5%). При разширяването на девиантните показатели, се намалява и качеството на психосоциалното функциониране на болните (в средно с 27%). В рамките на това изследване е установено само общата тенденция, като не е включено процентното въздействие на отделните фактори върху психосоциалното функциониране, тъй като това би разширило прекалено обема на направения анализ. В рамките на разглеждането на тази хипотеза, следва да се включи и въздействието на допълнителни фактори върху психосоциалното функциониране на болните, а именно грижите полагани за тях от отделните социални институции. Данните от изследването показват, че подобно положително въздействие няма място, т.е. съществува пряка зависимост между симптоматиката извън психотичната и намаляването на качеството на психосоциалното функциониране на пациентите (26%). Посочената тенденция е валидна и за двете групи болни, като сравнително по-слаба степен на проявление тя има при болните, с предимно негативна симптоматика на заболяването. При тази категория пациенти се наблюдава синергийно въздействие на отрицателните емоции и по-специално на подтиснатото състояние на психиката (синергийното въздействие се наблюдава при 35%).

На основата на тези изводи може да се твърди, че дадената хипотеза намира своето потвърждение в резултатите от изследването.

7. Готовността на пациентите с шизофрения да поддържат стабилен функционален статус е в пряка зависимост от провокациите на социалното обкръжение.

При проверката на тази хипотеза на основата на данните от изследването, следва да се направи едно уточнение: под стабилен функционален статус, в нея се разбира запазването на психосоциалните параметри и нивото на социално-икономическо положение на болните, не по-лошо от това, което е било то в момента на първата хоспитализация, или при изписването им при последната такава. Трябва да се направи и още едно уточнение: под провокации на социалното обкръжение се разбират различните форми на въздействие, които имат място както в процеса на лечението на болните, така и при контактите им с техните близки или на работното им място.

Данните от изследването показват, че в случаите на онези пациенти, които имат самостоятелно семейство, както и при пациентите, които извършват в рамките на семейната си среда определени действия, свързани с семейните задължения (помагане в домакинството, по-висока степен на самостоятелност), се установява по-висока степен на социална интеграция и възможност да се извършват адекватни социални функции (27%). Това се отнася и до двете групи от болни, като при болните с последващи хоспитализации, тази зависимост може да се установи като малко по-слабо проявена (с повече от една хоспитализация - 12% първа хоспитализация - 14%).

При двете групи пациенти (проявяващи предимно позитивни и предимно негативни симптоми), се констатира различно въздействие върху нивото на техният функционален статус. При пациентите, които проявяват предимно позитивни симптоми, въздействието върху функционалния статус се повлиява както от положителни въздействия, така и от отрицателни такива.

При пациентите, които имат предимно негативна симптоматика, се установява влошаване на функционалния статус, когато въздействията върху тях имат предимно отрицателен характер. Като правило това води до тяхното „затваряне“ в себе си, намаляването на и без това слабата чувствителност към външни въздействия и сравнително бързо намаляване на функционалните им възможности в различни области (такива данни са показани при 22%).

Може да се посочи, че в рамките на изследването и при спецификата на използваните методи настоящата хипотеза намери своето потвърждение. Заедно с това, трябва да се посочи, че това потвърждение има определена вариативност в една от

разгледаните в изследването групи, а именно при пациентите с предимно негативна симптоматика на заболяването.

IV. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

1. Субективната оценка на удовлетвореността от психосоциалното функциониране при болни с позитивна симптоматика се различава с 24% от оценката на близките и обгрижващия ги персонал. То е най-значимо по отношение на самостоятелните грижи на болните за себе си ($r=0,72$); способността им да извършват дейности, свързани с домакинството и готовността им да повишават своята адаптивност към социалните условия (позитивни признаци - $p(T)=0,65$, с негативни признаци - $p(T)=0,50$).

2. Пациентите с повече от една хоспитализация проявяват по-ниски нива на обща социализация с 19% повече в сравнение с тези с една хоспитализация и при двете групи ($M = 0,88$, позитивна симптоматика и $M=0,79$ при лицата с предимно негативна симптоматика, $r=0,70$).

3. При епизодично протичане с прогресиращ дефицит се наблюдават изразено фокусиране върху емоциите; психическа и поведенческа дезангажираност, които създават негативна тенденция в процеса на психосоциалното развитие (средно за съвкупността - $r=0,67$; за лицата с позитивна симптоматика - $r=0,70$, а за лицата с негативна симптоматика - $r=0,65$).

4. Наличието на жилище е фактор, подобряващ функционирането на пациентите с шизофрения и способства за рехабилитация в социума ($r=0,66$, $Me = 65, SD = 0,005$).

5. Последващата хоспитализация е в пряка зависимост както от нивото на социална активност на болните, така и от активността на членовете на семействата и готовността им да подкрепят пациента ($p(T)=0,84$).

6. И при двете групи болни психосоциалните показатели се влошават с 18% разлика между тези пациенти с първа и с последваща хоспитализация. В групата на пациентите с последващи хоспитализации се влошават средните показатели във всички сфери (способността на болните да контактуват с полагащите за тях грижи; да изпълняват трудови задължения; да се изнегрират в микросоциални рехабилитационни групи - $p(T)=0,86$, $r=0,75$).

7. При 26% от изследваните лица ($M=0,97$, средно отклонение $SD = 0,006$, нивото на корелация $r=0,77$) се потвърди пряката зависимост между симптоматиката извън психотичната и намаляването на качеството на психосоциалното функциониране на пациентите.

8. Констатира се значима разлика по отношение мнението на болните относно значението на социалните фактори за нивото на тяхното функциониране. При 55% от болните с предимно позитивна симптоматика ($p(T)=0,99$) тези фактори имат водещо значение за тяхното трудово и социално функциониране. При болните с предимно негативна симптоматика процентите са 32% ($p(T)=0,89$).

Базирайки се на теоретичните концепции и на анализите от направеното експериментално психологическо изследване, могат да се дадат някои основни насоки за последващи изследвания, подобряване на функционирането и интеграцията на болните от шизофрения.

1. Подобряване на използвания специализиран диагностичен инструментариум. Въвеждането на нови психологически инструменти в практиката при оценяване и проследяване развитието на психозата.

2. По-широко изследване на взаимодействието между биологичната терапия, психотерапевтичните интервенции и взаимодействието на пациента с членове на семейството или друга социална група

5. Комплексно оценяване (мултидисциплинарно) на индивидуалните нужди на пациентите със шизофрения.

6. По-интензивно прилагане на психотерапевтични методи още в началото на болестта, насочени към промените на когнитивно, емоционално и поведенческо ниво на пациентите със шизофрения.

Постоянната борба с неизменно проявяващата се тежка симптоматика на психичното разстройство и сериозните странични ефекти, предизвиквани от някои антипсихотични препарати, както и невъзможността за самостоятелно справяне с ежедневните предизвикателства, водят до още по-силно страдание у болния, но най-сериозна болка у субекта създава постоянното стигматизиращо отношение, което той търпи от останалите членове на обществото и то на всичките му нива.

Успехът на промяната зависи много от степента, до която представителите на двете групи ще намерят общ език.

Познаването на спецификата в проявлението и динамиката на заболяването осигурява база за планиране на психологична помощ.

V. ПРИНОСИ

Приноси с теоретико-методологичен характер

1. Направен е преглед на научната литература за факторите, влияещи върху психосоциалното функциониране, субективното благополучие и качеството на живот.

2. Предложен е надежден практически модел за психологичен скрининг за самооценка и оценка на психосоциалното функциониране и качеството на живот на пациенти с шизофрения.

3. Изследван е обективния и субективен аспект на функционирането на пациентите с шизофрения.

4. Направен е сравнителен анализ на психосоциалното функциониране на пациентите с позитивна и негативна симптоматика в първа и последваща хоспитализация.

Приноси с научно-практически характер

1. Установена е връзката между индивидуал-психологична формация (самооценка) и социал-психологични параметри (семейство, социално обкръжение и пр.) като динамична предпоставка за повишаване нивото на психосоциалното функциониране и качеството на живот при пациенти с шизофрения.

2. Установени са фактори, формиращи и оказващи влияние в психодинамиката на аспектите на психосоциалното функциониране на болните.

3. Очертани са важни корелации между редица клинични и социодемографски фактори, влияещи върху протичането, прогнозата и психосоциалното функциониране на пациентите.

4. Получените резултати могат да служат за разработка на разновидности за психосоциална подкрепа на пациентите с шизофрения и тяхното обкръжение.

VI. ПУБЛИКАЦИИ

1. “Социални нагласи и търсене на помощ при пациенти с шизофрения“ - Международна научна конференция: „Международен диалог: Изток - Запад“ - Април 2019;
2. “Анализ на степента на включване в социално полезни дейности на пациентите с шизофрения“ - Международна научна конференция: „Международен диалог: Изток - Запад“ - Април 2019;
3. “Симптоми на депресия и тревожност при пациенти с шизофрения“ - Международна научна конференция: „Международен диалог: Изток - Запад“ - Април 2019;
4. “Изследване на агресивното поведение при пациенти с шизофрения“ - Международна научна конференция: „Международен диалог: Изток - Запад“ - Април 2019;
5. „Самооценка на психосоциалното функциониране на болни с шизофрения“ – сп. „Клинична и консултативна психология“, Изд. „Стено“ (под печат).

ABSTRACT

Thesis examines the Individuals suffering from schizophrenia struggle with interpersonal requirements because they are usually vague and complex. Considering this interpersonal instability, it is understandable that they are protected from experiencing failure by avoiding social behavior and relative isolation. Surrounded and neglected due to illness, it is psychological that they draw attention to themselves in ways that are judged by others to be socially inappropriate. What he does is to put the actions of those with schizophrenia clearly within the normal range of human behavior and thus reduce the stigma that he confers on severe mental illnesses.

Tasks of the study are:

1. To identify the demographic, clinical and social characteristics of the studied patients;
2. To measure and compare the level of functioning of patients according to the predominant positive (vs. respectively) or negative clinical schizophrenic symptoms;
3. To compare the psychosocial functioning of patients with one or more available hospitalizations;
4. To monitor the individual, mental and social factors of functioning through the prism of the subjective assessment of patients;
5. To make an objective assessment of their functioning based on the assessment of relatives of the patient or attending physician / medical staff member;

Respondents: The study included 126 patients with a confirmed schizophrenia diagnosis with positive and negative symptoms (PANSS).

Methods:

1. Our own check-list about socio-demographic characteristics, diagnosis, illness process and psychological questionnaires;
2. The Positive and Negative Syndrome Scale (**PANSS**) is a medical scale used for measuring symptom severity of patients with schizophrenia. It was published in 1987 by Stanley Kay, Lewis Opler, and Abraham Fiszbein.
3. The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) is a relatively brief self-report psychometric instrument (questionnaire) Clinical Assessment. It is designed to evaluate a broad range of psychological problems and symptoms of psychopathology.
4. Personal and Social Performance scale (PSP), Derived from the SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), Morosini. P, 2000- is a reliable and valid instrument for assessing the functioning of patients with serious and persistent mental illness.

To analyze the empirical data have been used statistical methods: Correlational analysis, Students t–test, ANOVA, Dunnett post hoc test, Chi-square, Linear regression analysis, Factor analysis.

Results: In two groups of patients (positive and negative symptoms) different effects on the level of their functional state were maintained. In patients who present before the positive manifestations, the updating of the functional status is repeated, both in positive circumstances and from negative data. Regardless of the significance of the impact, stabilization and definition of activation of functional elements during implementation are established (18%). In some cases (as a rule, when performing the group that has the first hospitalization), sufficient additional stabilization of the functional status is observed, as it has a positive impact on the treatment process.

Conclusions and Recommendations: The success of change depends very much on the extent to which the representatives of these two groups prepare and find common ground. Solutions continue to be sought for better treatment and more complete reintegration into the society of people with mental health problems around the world. Indeed, create all the useful drugs and all effective models of rehabilitation. The new solutions are empty sound without public support and a program to increase the size of life for people with chronic mental illness. Without it, the new service will only repeat the model of hospitals, only in a reduced version. The stigma of mental illness can make all these efforts meaningless.

Contributions of the thesis

Theoretical-methodological contributions:

1. A review of the scientific literature examining the factors of fatigue in psychosocial functioning.
2. The thesis proposes a reliable practical model for a psychological exploration of psychosocial functioning and quality of life.
3. The study is based on observation of the objectivity and subjective aspect of the functioning of patients with schizophrenia.
4. A comparative analysis of the psychosocial functioning of patients with positive and negative symptoms and first and subsequent hospitalization has been completed.
5. Correlation dependencies and previous relationships between the available nature and individual aspects of the functioning of patients with schizophrenia have been identified.

Scientific-practical contributions:

1. It was mandatory to study the relationship between individual psychological formation (self-assessment) and socio-psychological parameters (family, social environment, etc.), as the prerequisites increase the level of psychological functioning and quality of life in people with schizophrenia.
2. Factors that form and show the influence of psychodynamics on aspects of psychosocial functioning have been identified.
3. It was fixed Important correlations are outlined between a number of clinical and socio-demographic factors influencing the clinical picture, course, prognosis and psychosocial functioning.

БЛАГОДАРНОСТИ

Бих искала да изкажа своята сърдечна благодарност на всички, които допринесоха за осъществяването на този труд.

1. На Ръководителя на Катедра „Психиатрия и медицинска психология“ на УМБАЛ „Св. Марина“- гр. Варна проф. д-р Хр. Кожухаров за предоставената ми възможност за научна работа.

2. На моя научен ръководител проф. Иванка Бончева за безкрайното търпение и внимание, за споделения опит, компетентното ръководство и подкрепата в подготовката и целия процес на завършване на тази дисертация.

3. На целия екип от Катедра „Психиатрия и медицинска психология“ към МУ „Проф. Параскев Стоянов“- гр. Варна за подкрепата, градивната критика и препоръките в процеса на изготвянето на този труд.

5. На моите колеги от ДПБ „Св. Иван Рилски“ гр. Нови Искър за тяхното разбиране, подкрепа и колегиалност.

6. На д-р Цветеслава Гълъбова – Директор на ДПБ „Св. Иван Рилски“ гр. Нови Искър– за съдействието и подкрепата, която ми оказва.

7. На всички пациенти, които ми се довериха и участваха в изследването.

8. На моето семейство – съпруга ми Стоян Миланов, на моя син Михаил Миланов, майка ми Василка Михалакиева и сестра ми Виолета Михалакиева– за доверието и безрезервната подкрепа, любовта, грижата и всичко, което са ми дали.

9. На всички мои близки и приятели, които не спираха да вярват в мен, да ме подкрепят и неотлъчно бяха с мен в трудните моменти.

На всички мои учители през годините!

Ил. Михалакиева