

*На правах рукописи*

**ЛАПТЕВА (ГЕБЕЛЬ)**

**Кира Манфредовна**

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
ХАРАКТЕРИСТИК В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
ШИЗОФРЕНИЕЙ, УТРАТИВШИХ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ**

Специальности: 14.00.18 – психиатрия

19.00.04 – медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2009

Работа выполнена в ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации».

Научные руководители: доктор медицинских наук  
Круглов Лев Саввич,  
доктор медицинских наук  
Бабин Сергей Михайлович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор  
Точиллов Владимир Антонович,  
доктор медицинских наук, профессор  
Абабков Валентин Анатольевич

Ведущая организация: ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ.

Защита диссертации состоится 12 ноября 2009 г. в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан 12 октября 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность работы.** В России шизофрения является основной причиной госпитализации в психиатрические клиники. Каждый шестнадцатый инвалид по болезни в нашей стране (6,4%) — это больной шизофренией (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003).

В настоящее время в сфере охраны психического здоровья произошла кардинальная смена парадигмы с биологической «медицинской модели» на биопсихосоциальную (Нуллер Ю.Л., 1998; Незнанов Н.Г., Кабанов М.М., 2003; Kuhn T., 1970; Zippl A.M., Ridgway P., 1990), ориентированную на интеграцию потребителей услуг системы охраны психического здоровья в сообщество (Кабанов М.М., 1980, 1998; Чомпи Л., 1999; Казаковцев Б.А., 2001; Carling P.J., 2001). В рамках системного подхода к этиопатогенезу шизофрении, в качестве исходного принимается представление о том, что развитие шизофренического процесса определяется цепочкой последовательно включающихся факторов «уязвимость—диатез—стресс», которые активизируют физиологические и психологические механизмы более высокого уровня (Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В., 2004). Биопсихосоциальный подход нашел широкое распространение в отечественной и западной психиатрии также и в виде внедрения различных психосоциальных реабилитационных технологий (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 1998; Картер Р., 2001; Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003; Энтони В., Коен М., Фаркас М., 2005; Бабин С.М., 2006; Ньюфельдт О.Г., 2007; Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., 2007; Engel G., 1980; Lehman A.F., 1995; Carling P.J., 1995). В то же время известно, что при чрезмерно интенсивном внедрении данных методов в лечебный процесс может возникнуть эффект «избыточной адаптации» пациентов к терапевтическому сообществу. Данный нежелательный феномен ранее описываемый, как «госпитализм» (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1983), в настоящее время существенно изменился — это социально-ригидный, дефицитарный тип госпитализма, развитие которого поддерживается недостаточным участием микросоциального, в том числе семейного, окружения, а также неразвитой макросоциальной системой — отсутствием потенци-

альных партнеров в оказании социально-реабилитационной помощи государственным медицинским структурам (благотворительных фондов, общественных организаций и пр.). Однако, содержание «госпитализма», не зависимо от причин его вызвавших, остается прежним: у пациента возникают и сохраняются рентные установки и психологическая зависимость от медперсонала, что не способствует развитию новых и поддержанию имеющихся социальных связей, а также его интеграции в общество. Согласно имеющимся публикациям, повторные госпитализации больных шизофренией достаточно часты — от 60% до 88% (Красик Е.Д., Балашов П.П., 1981; Гурович И.Я. и др., 1982; Давыдов К.В., 2003). Они обусловлены пререцидивными расстройствами, связанными с различными «социальными отягощениями» (Ильинский Ю.А., Трофименко С.Н., 1989). Более того, в последние десятилетия почти каждый из авторов, занимающихся вышеозначенными проблемами, представляет данные, свидетельствующие о важности социального фактора в процессах, наблюдающихся в психиатрии, и необходимости его учета в оказании психиатрической помощи. При этом воздействие в динамике шизофрении разнообразных факторов, вызывающих напряжение компенсаторных возможностей, подробно освещено как в отечественной, так и в иностранной литературе (Круглов Л.С., 1991, 1995; Ерышев О.Ф., Аркадьев В.В., 1996; Ciompi L., 1976).

В последние годы актуализировалась проблема патоморфоза резистентности к традиционным нейролептикам. Наряду с лекарственным, выделяется так называемый социальный патоморфоз психических заболеваний (Хохлов Л.К., 1992). Помимо госпитализма, наблюдающегося при длительном пребывании больного в условиях стационара (Красик Е.Д., Логинович Г.В., 1983), выделяют проявления «внебольничного госпитализма», возникающие у пациентов, длительно находящихся под опекой внебольничных учреждений с искусственно заниженными социальными требованиями (Гурович И.Я., 1979; Кабанов М.М., 1985, 1988). Эти факторы снижают качество жизни и уровень социального функционирования значительной части психически больных (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003). Формируется новая генерация пациентов, утративших социальные связи. Данное понятие в современной психиатрии используется достаточно часто, однако его дефи-

ниция не проведена. Не определены клинические, социальные, демографические характеристики больных шизофренией, приводящие их к утрате имеющихся социальных связей. Не разработана система верификации данной группы пациентов, что не позволяет сделать качественный прогноз и спрогнозировать жизненный путь таких больных на начальных этапах развития заболевания. Не разработаны технологии «психиатрического сервиса», основной мишенью которых явилось бы восстановление утраченных социальных связей больного и профилактика их утраты.

Эти обстоятельства послужили основанием для данной работы и обуславливают ее актуальность.

**Цель исследования.** Определить динамику клинико-психопатологических и клинико-психологических показателей в процессе применения комплексной реабилитационной модели в отношении больных шизофренией, утративших социальные связи, как основы для усовершенствования подходов к их терапии.

**Задачи исследования.** Достижение этой цели потребовало решения следующих задач:

1. Изучить динамику клинических характеристик больных шизофренией, утративших социальные связи, в процессе осуществления комплексной модели реабилитации, базирующейся на биопсихосоциальном подходе.
2. Определить «Я»-структуру личности и особенности совладающего поведения указанных больных, а также изменения в этих показателях на этапе завершения восстановительной программы.
3. Произвести оценку качества жизни изученных пациентов до и после применения комплексной модели реабилитации в сравнении с анализом объективных показателей социального функционирования.
4. Проанализировать взаимовлияние установленных клинических и клинико-психологических характеристик, а также факторов, отражающих утрату больными шизофренией социальных связей.

**Научная новизна исследования.** Впервые проведен анализ структуры психопатологической симптоматики и ряда клинико-психологических характеристик

у больных параноидной шизофренией, утративших социальные связи, в динамике осуществления комплексной реабилитационной программы, основанной на биопсихосоциальном подходе и объединяющей в единую систему психофармакологические, психотерапевтические и психосоциальные воздействия,

Показано значение особенностей установленной симптоматики и последствий ее влияния на взаимоотношения пациента с сообществом для формирования феномена утраты социальных связей. Выявлены характеристики «Я»-структуры личности в рассматриваемом контингенте больных. Установлено влияние выраженности негативной психопатологической симптоматики, а также преобладающих среди изученных больных вариантов совладающего поведения на показатели качества жизни.

Впервые применена комплексная программа терапии больных шизофренией, утративших социальные связи в условиях реабилитационного отделения с общежитием, в которой учитывалась биопсихосоциальная парадигма оказания помощи, объединяющая в единую систему психофармакологические, психотерапевтические и психосоциальные воздействия, что привело к повышению эффективности и качества проводимого лечения.

**Практическая значимость проведенной работы.** Показана необходимость комплексного обследования подобных больных с применением углубленного анализа не только клинических, но и клинико-психологических показателей и специального определения «мишеней» психотерапевтического воздействия, дополняющего психофармакотерапию.

Представлен комплекс программ психосоциальной терапии, учитывающий положение пациентов в сообществе и характеристику руинирования их контактов с микроокружением, а так же способствующий более адекватному представлению о своем заболевании, мерах вторичной и третичной профилактики при нем.

Отмеченная в процессе лечения значительная положительная динамика по ряду клинических и клинико-психологических показателей, создает практически значимые ориентиры, при осуществлении восстановительной терапии и реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи. Полученные данные

подчеркивают возможность достижения позитивных изменений в психическом состоянии и социальной адаптации пациентов, которые в практической работе, как правило, рассматриваются как малокурабельные.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. В структуре клинических проявлений больных шизофренией, утративших социальные связи, значительное место занимает симптоматика, по своей феноменологии прямо способствующая их самоизоляции. Значительная редукция подобной симптоматики вполне может быть достигнута в процессе применения комплексной реабилитационной программы, основанной на биопсихосоциальном подходе.

2. Утрата больными шизофренией социальных связей обусловлена сложным и сочетанным влиянием факторов, обусловленных психическим состоянием пациентов, и вторичной ролью воздействий, отражающих собственно разрыв контактов с окружающим сообществом.

3. В «Я»-структуре личности, особенностях адаптивного поведения и механизмах психологической защиты больных шизофренией, утративших социальные связи, имеются особенности, по своему характеру прямо способствующие формированию феномена разрушения контактов и своего общественного положения. При осуществлении комплексной реабилитации этих пациентов имеются возможности существенной положительной трансформации указанных характеристик, которая способствует смягчению их взаимоотношений с сообществом.

4. Положительные изменения в процессе осуществления комплексной биопсихосоциальной программы реабилитации включают также оптимизацию оценки пациентами качества своей жизни, снижение уровня ее противоречивости, обусловленной особенностями проявлений шизофрении и клинико-психологическими характеристиками страдающих ею и утративших социальные связи больных.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации докладывались на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Бехтеревские чтения» (2003, 2004); на Российской конференции «Современные

тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» (2004).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликованы 9 научных работ, в том числе 1 статья опубликована в журнале, входящем в перечень изданий для опубликования материалов кандидатских диссертациях (Бюллетень ВАК Минобразования РФ № 4 — 2005 г.).

**Структура и объём диссертации.** Объём диссертации 228 страниц текста компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и списка использованной литературы. Указатель литературы включает 322 источников, из них 189 на русском и 133 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 30 рисунками.

## ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Для реализации цели и задач исследования на базе Санкт-Петербургской ГУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко» были изучены 207 больных шизофренией, прошедших восстановительную терапию в реабилитационном отделении (с общежитием) для больных, утративших социальные связи, в период с 2001 по 2008 г. Критериями включения пациентов в исследование служило соответствие выявленной у них клинической картины параноидной шизофрении (рубрика F 20.0 классификации МКБ-10) вне обострения или на этапе формирования ремиссии и наличии признаков утраты социальных связей.

Из обследованных 207 пациентов было 142 мужчины (68,6 %) и 65 женщин (31,4 %), в возрасте от 17 до 81 года, средний возраст составил  $43,45 \pm 0,92$  года. Значительное количество исследованных пациентов (42 %) не работали и не учились на момент проведения обследования и 35,3 % больных имели инвалидность 2 группы по психическому заболеванию. Средний срок инвалидности (полных лет) —  $2,69 \pm 0,39$  лет. Средняя длительность настоящего пребывания в стационаре (в днях) —  $770,97 \pm 79,51$ .

В процессе реабилитации изученных больных использовалась комплексная (биопсихосоциальная) модель, включающая психофармакотерапию, с преимущественным использованием атипичных антипсихотиков, различные виды психотерапии, как вербальной индивидуальной, так и вербальной групповой форм (коммуникативно-активирующие группы, группы проблемных дискуссий, тренинг когнитивных и социальных навыков), а так же некоторые виды групповой невербальной психотерапии (арт-терапия, танцевальная психотерапия, музыкальная психотерапия). Важным аспектом примененной реабилитационной программы являлась психосоциальная терапия, включающая групповые тренинги бытовых навыков и навыков независимого проживания, психообразовательные программы для пациентов и членов их семей, терапию занятостью, социально-восстановительную работу, досуговые мероприятия, в том числе, в виде студийной формы деятельности (арт-студия, театральная студия), физкультурно-оздоровительную работу.

В ходе исследования применялись клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический и экспериментально-психологический методы.

1. Психометрическая оценка выраженности установленной симптоматики осуществлялась с использованием шкалы PANSS (S.R. Kay et al. 1987) Русскоязычная версия апробирована и валидизирована (Мосолов С.Н., 2001).

2. Клиничко-психологические и экспериментально-психологические особенности изученных больных исследовались с применением:

«Я-структурного теста» (ISTA), (Тупицин Ю.Я., Бочаров В.В. и др., 1998; Бурбиль И., 2003);

Опросника «Способы копинга» (Lazarus R.S., Folkman S., 1980);

Опросника SBAK «Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten» (Ehlers W., Peter R., 1989).

3. Для анализа социального функционирования и качества жизни использовались:

Специализированная шкала для определения качества жизни больных эндогенными психозами (КЖ-СМ) (Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., 1999);

Шкала оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998).

4. Уровень имеющихся знаний и приобретенных в ходе психообразовательной программы оценивался с помощью Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г., 2004).

Все полученные при обследовании каждого пациента данные были внесены в специальную карту и подвергнуты математико-статистической обработке по компьютерным программам SPSS 13.0 и Statistika 7.0. В процессе этой обработки материала исследования вычислялись средние показатели и относительные величины, для сравнения которых проводился анализ с использованием параметрического t-критерия Стьюдента; для выявления взаимосвязей между установленными показателями применялся корреляционный анализ. Статистически значимыми принимались результаты при  $p < 0,05$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В результате исследования больных с помощью шкалы позитивных и негативных расстройств (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) в начале госпитализации, выявлялись повышенные средние значения по основным субшкалам PANSS и по общей сумме баллов ( $110,89 \pm 0,98$ ). Выраженность негативных синдромов ( $31,38 \pm 0,31$ ) превышала количество позитивных проявлений ( $26,79 \pm 0,06$ ). Показатель субшкалы общей психопатологии составил  $52,72 \pm 0,79$ .

Самые высокие значения по отдельным вопросам субшкалы позитивной симптоматики были получены по параметрам дезорганизации мышления ( $4,60 \pm 0,06$ ), подозрительности/идеи преследования ( $4,45 \pm 0,11$ ), бреда ( $4,11 \pm 0,09$ ). Тогда как самые низкие показатели выявлялись в отношении идей величия ( $2,42 \pm 0,13$ ).

По представленным в методике PANSS вопросам субшкалы негативной симптоматики самые высокие значения были получены по параметрам пассивная/апатическая социальная самоизоляция ( $5,45 \pm 0,08$ ) и снижение коммуникабельности ( $5,13 \pm 0,07$ ). В то время как самые низкие показатели выявлялись в отношении снижения спонтанности и речевой активности ( $3,36 \pm 0,09$ ) и стереотипности мышления ( $3,48 \pm 0,07$ ).

Наиболее высокими при поступлении были такие значения параметров субшкалы общей психопатологии, как необычное содержание мышления ( $4,24 \pm 0,07$ ), негативизм ( $4,19 \pm 0,07$ ), активная социальная изоляция ( $4,17 \pm 0,06$ ), внутреннее напряжение ( $4,14 \pm 0,07$ ), тревожность ( $3,86 \pm 0,09$ ), нарушение суждений и критики ( $3,82 \pm 0,09$ ) и аутизация ( $3,78 \pm 0,06$ ) (гр. 3). Тогда как наиболее низкие значения наблюдались по вопросам дезориентировка ( $1,41 \pm 0,05$ ), чувство вины ( $2,14 \pm 0,09$ ) и манерность движений и поз ( $2,17 \pm 0,09$ ).

При оценке качества жизни было установлено, что большинство пациентов негативно оценивали благополучие (58,5 %) и удовлетворенность своей жизнью (52,7 % больных); рассматривали свое психическое состояние как в целом хорошее (60,4 %) и были удовлетворены им (87,5 %).

Обследованные больные в основном имели среднее специальное образование (40,1 %), чаще всего это были служащие и в целом были удовлетворены своим образовательным уровнем (62,8 %); тем не менее, они, как правило, не имели длительного трудового стажа (74,4 %), 41,1 % больных сохранили трудоспособность, но не работали, 36,7 % пациентов отделения имели 1, 2 и 3 группу инвалидности по психическому заболеванию, большая часть (56,55 %) были в целом удовлетворены наличием группы инвалидности. За последние 5 лет поменяли место работы только 14,0 % пациентов, большинство из них (44,8 %) сменили работу по психопатологическим причинам.

74,9 % имели достаточную физическую работоспособность и были в основном удовлетворены ею (63,2 %). Большинство пациентов (63,3 %) оценивали свою дневную активность как плохую или очень плохую, и были скорее не удовлетворены этим (65,7 %). Из различных видов дневной активности наиболее часто

больные шизофренией занимались домашним хозяйством, чтением, гуляли и посещали магазины.

34,3 % человек не имели жилья и были зарегистрированы в лечебном учреждении. Среди тех, кто имел официальное место жительства, 50 % имели отдельную комнату в своей квартире, 53,6 % оценивали свои жилищные условия как плохие и в целом были не удовлетворены своими жилищными обстоятельствами (58,1 %).

Финансовая сфера у изученных больных являлась наиболее проблемной и неблагополучной. Большая часть исследованных пациентов — 70,1 % — оценивали свой уровень дохода как низкий или крайне низкий, 72,9 % человек были в основном не удовлетворены своим материальным положением, 44,9 % больным денежных средств хватало только на питание, другие расходы оказывались недоступными, доминирующая часть больных (58,5 %) затрачивали мало средств на продовольствие, в целом низко оценивали собственный пищевой рацион (56 %). У 60,9 % обследованных больных имелся небогатый ассортимент одежды. Пациенты оценили свою обеспеченность одеждой как плохую и очень плохую (60,4 %), в целом их не удовлетворяла данная ситуация (65,7 %).

92,8 % респондентов на момент исследования были не женаты или не замужем, что в целом не удовлетворяло их (73,9 %). Из тех, кто состоял в браке, довольных и не довольных своим семейным положением было примерно равное количество (46,7 % и 53,3 % соответственно). 92,8 % больных имели родственников разной степени родства, но не ближайших. Значительная часть больных (78,6 %) занимали подчиненное положение в семье, и были не довольны этим (70,3 %). Взаимоотношения с родственниками, как правило, носили конфликтный или напряженный характер (60,5 %) и не устраивали обследованных пациентов (65,1 %). У значительной части пациентов (73,4 %) потребность иметь друзей отсутствовала или была слабо выражена, контакты с ними носили эпизодический характер, и у пациентов отмечались легкая раздражительность и общий фон недовольства в отношениях с окружающими (52,2 %). 58,4 % больных в основном оказались довольны характером своего общения с людьми.

Специальному анализу была подвергнута структура причин невозможности возвращения пациентов к жизни в сообществе, что и привело к замене их выписки из психиатрического стационара на перевод в социально-реабилитационное отделение. В большинстве случаев (74,9 %) подобной причиной служило сочетание клинических и социальных факторов. В 22,2 % невозможность проживания вне стен больницы преимущественно определялась напряженностью микросоциальных контактов и материальными затруднениями. Только для 2,9 % пациентов решающими в этом отношении являлись исключительно клинические факторы.

Ведущее значение сочетанного неблагоприятного воздействия клинических и социальных факторов в рассматриваемом аспекте подтверждено также на этапе подведения итогов применения комплексной реабилитационной программы. Установлено, что среди больных, для которых это сочетание факторов явилось причиной направления в социально-реабилитационное отделение, удавалось впоследствии осуществить выписку статистически значительно меньшему количеству пациентов ( $38,1 \pm 5,2$  %), чем при преобладании соответствующей негативной роли только клинических ( $65,0 \pm 6,3$  %) или только социальных ( $62,2 \pm 6,1$  %) воздействий ( $p < 0,05$ ,  $t=2,54$  и  $t=2,01$  соответственно).

При рассмотрении профиля качества жизни больных, оцениваемого с помощью Специализированной шкалы для определения качества жизни больных эндогенными психозами (КЖ-СМ) вскоре после их госпитализации, суммарная оценка качества жизни находилась на среднем уровне ( $74,33 \pm 0,87$ ). Самые высокие значения качества жизни больных получены в сфере микросоциальных отношений ( $16,42 \pm 0,17$ ), а самые низкие в духовной сфере ( $12,36 \pm 0,29$ ). Относительно благополучными являлись сферы психологическая ( $15,91 \pm 0,25$ ) и самоконтроль и самопомощь ( $15,24 \pm 0,27$ ), а сравнительно не благополучной — социально-правовой статус ( $14,39 \pm 0,27$ ). Наиболее низкое качество жизни в обследованной группе наблюдалось по трем специфическим субсферам — качество жизни, связанное с психическим здоровьем ( $10,07 \pm 0,36$ ), красота/дисгармоничность в окружающей жизни ( $12,36 \pm 0,29$ ) и правовое положение психически больного ( $13,58 \pm 0,32$ ). Две из одиннадцати субсфер качества жизни — особенности сексу-

ального общения ( $18,18 \pm 0,23$ ) и ориентировка в себе и в окружающей действительности ( $17,02 \pm 0,33$ ) — являются относительно благополучными. Можно предполагать, что эти субсферы оказались переоцененными изученными больными по причине нежелания признавать очевидные проблемы в этих зонах психического функционирования. По остальным специфическим модулям специализированной шкалы для определения качества жизни больных эндогенными психозами (КЖ-СМ) были получены средние оценки. В порядке убывания субсферы располагались следующим образом: лидерство или психологическая зависимость ( $15,65 \pm 0,31$ ), переживания, связанные с общением ( $15,45 \pm 0,27$ ), самопомощь и психопрофилактика ( $15,44 \pm 0,31$ ), реакции окружающих на диагноз психического заболевания (стигматизация) и внешние проявления болезни ( $15,21 \pm 0,36$ ), самоконтроль или отвлечение от неприятных переживаний ( $15,03 \pm 0,32$ ) и эмоциональная неадекватность ( $14,79 \pm 0,33$ ).

«Я»-структура личности обследованных больных до начала терапии характеризовалась низкими показателями конструктивных составляющих, при доминировании дефицитарных и деструктивных центральных «Я»-функций. Определялись низкие показатели конструктивной агрессии ( $7,62 \pm 0,18$ , что соответствует примерно 41,2 Т-баллам), высокие значения дефицитарной агрессии ( $7,30 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 66,5 Т-баллам) и промежуточные — деструктивной агрессии ( $5,99 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 55,7 Т-баллам). Среди шкал, измеряющих характер тревожности, преобладала деструктивная тревога ( $4,22 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 63,1 Т-баллам). При этом определялись низкие значения шкалы конструктивная тревога ( $7,61 \pm 0,14$ , что соответствует примерно 46,9 Т-баллам) и промежуточные — дефицитарная тревога ( $6,24 \pm 0,18$ , что соответствует примерно 60,8 Т-баллам). При первом исследовании (до начала терапии) определялось превалирование дефицитарного ( $6,47 \pm 0,18$ , что соответствует примерно 63,1 Т-баллам) и деструктивного внешнего «Я»-отграничения ( $6,28 \pm 0,14$ , что соответствует примерно 62,9 Т-баллам). Средние значения шкалы конструктивного внешнего «Я»-отграничения были отчетливо ниже показателей двух предыдущих параметров ( $7,87 \pm 0,17$ , что соответствует примерно 46,8 Т-баллам). У

обследованных больных наблюдалось преобладание деструктивного ( $5,44 \pm 0,13$ , что соответствует примерно 60,4 Т-баллам) и дефицитарного внутреннего «Я»-отграничения ( $7,28 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 60,1 Т-баллам), при сниженных значениях конструктивного внутреннего «Я»-отграничения ( $8,79 \pm 0,17$ , что соответствует примерно 44,9 Т-баллам). Определялось доминирование дефицитарного ( $5,78 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 66,3 Т-баллам) и деструктивного нарциссизма ( $5,96 \pm 0,17$ , что соответствует примерно 62,6 Т-баллам), при сниженных значениях конструктивного нарциссизма ( $8,04 \pm 0,16$ , что соответствует примерно 46,1 Т-баллам). В исследованной группе пациентов наблюдались высокие показатели шкалы дефицитарной сексуальности ( $4,67 \pm 0,16$ , что соответствует примерно 58,1 Т-баллам), низкие средние значения параметра конструктивной сексуальности ( $6,16 \pm 0,25$ , что соответствует примерно 41,7 Т-баллам), и промежуточные — деструктивной сексуальности ( $4,29 \pm 0,19$ , что соответствует примерно 49,8 Т-баллам).

Исследование копинг-поведения показало, что обследованные больные применяют обширный спектр стратегий совладания со стрессом. Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями у пациентов являлись «планирование решения проблемы» ( $2,78 \pm 0,05$ ), «бегство-избегание» ( $2,76 \pm 0,05$ ) и «конфронтация» ( $2,56 \pm 0,06$ ). Реже всего больные исследованной группы применяли такие копинг-стратегии, как «принятие ответственности» ( $2,28 \pm 0,06$ ), «поиск социальной поддержки» ( $2,38 \pm 0,05$ ) и «положительная переоценка» ( $2,41 \pm 0,05$ ).

Рассмотрение применения у исследуемой группы механизмов психологической защиты показало, что наиболее напряженными, избыточными оказались механизмы «отрицание» ( $8,57 \pm 0,05$ ) и «регрессия» ( $7,99 \pm 0,08$ ). Исходя из особенностей структуры опросника SBAK, значения шкал остальных механизмов психологической защиты — «рационализации», «избегания социальных контактов» и «обращения против объекта» — также оказались повышенными (более 6 стандартных баллов), однако не настолько напряженными и выраженными, как «отрицание» и «регрессия».

Корреляционный анализ психометрической оценки выраженности установленной симптоматики и особенностей защитно-совладающего поведения выявил наличие взаимосвязей субшкалы негативной симптоматики и отдельных копинг-стратегий и механизмов психологической защиты. При этом неконструктивные копинг-механизмы («бегство-избегание» и «конфронтация»), предполагающие осознанные неадаптивные действия по совладанию со стрессовыми воздействиями, положительно коррелируют с субшкалой негативной симптоматики (т.е. сопряжены с высоким уровнем этих признаков). Тогда как механизмы психологической защиты («обращение против объекта», «избегание социальных контактов» и «регрессия») отрицательно коррелируют с данной субшкалой (т.е. сопряжены с низкой степенью выраженности негативных симптомов).

Также, как и в других подобных исследованиях, статистически достоверных корреляций между клинико-психопатологическими характеристиками и показателями качества жизни больных шизофренией получено не было.

Исследование корреляционных взаимосвязей защитно-совладающего поведения (копинг-стратегий и механизмов психологической защиты) и различных составляющих качества жизни выявляет необходимость осторожной трактовки результатов, полученных с помощью субъективных шкал оценки разнообразных сфер жизненного благополучия в данной нозологической группе. Основываясь на полученных данных, можно говорить о том, что высокие показатели качества жизни у изученных больных нередко обусловлены действием неадаптивных и незрелых защитных механизмов и копинг-стратегий. Так, чем более неадекватное, ригидное и незрелое поведение, вызванное бессознательным действием механизмов психологической защиты «отрицание», «регрессия», «обращение против объекта» и «избегание социальных контактов», демонстрируют больные, тем значительнее у них субъективное ощущение высокого качества жизни. Использование неадаптивных совладающих механизмов («бегство-избегание» и «дистанцирование») позволяет обследованным пациентам формировать ощущение благополучия как жизнедеятельности в целом, так и в отдельных ее областях, прежде всего, социально-правовой и духовной. Напротив, употребление конструктивных копинг-

стратегий («положительная переоценка» и «поиск социальной поддержки») приводит к снижению оценок качества жизни.

Проведенные терапевтические вмешательства доказали свою высокую эффективность в исследованной группе больных. В процессе лечения отмечались значимые изменения средних суммарных оценок по всем основным субшкалам PANSS: негативной симптоматики ( $p < 0,001$ ,  $t = 21,33$ ), позитивной симптоматики ( $p < 0,001$ ,  $t = 17,16$ ) и общей психопатологии ( $p < 0,001$ ,  $t = 17,02$ ). Наиболее выраженной позитивной коррекции подверглась общая сумма баллов PANSS — с  $110,89 \pm 0,98$  до  $73,11 \pm 0,94$  ( $p < 0,001$ ,  $t = 27,82$ ).

Проведенное комплексное биопсихосоциальное лечение, включающее в себя психообразовательные групповые занятия, привело к повышению информационной осведомленности больных шизофренией. Самые значительные изменения наблюдались в отношении оценки знаний о течении болезни ( $p < 0,001$ ,  $t = 14,25$ ) и сведений о симптомах заболевания ( $p < 0,001$ ,  $t = 13,85$ ), увеличился уровень знаний о симптомах обострения основного заболевания и мерах по их своевременному предупреждению ( $p < 0,001$ ,  $t = 8,47$  и  $p < 0,001$ ,  $t = 7,87$  соответственно). Такой эффект обусловлен направленностью лекционных занятий на освещение именно этих актуальных для пациентов вопросов. При этом отмечена следующая закономерность — чем больше внимания уделялось обсуждению определенной проблемы, тем более значительные изменения в этой области наблюдались после окончания психообразовательной группы. Напротив, относительно малое освещение вопросов активности пациентов в лечебном процессе, их ответственности, привело к отсутствию достоверных изменений по этим параметрам ( $p > 0,87$ ,  $t = 0,17$  и  $p > 0,52$ ,  $t = 0,64$  соответственно). Важной составляющей общей эффективности комплексного психосоциального лечения стало повышение стремления к взаимодействию с другими больными шизофренией, в частности с участниками группового процесса, увеличилось желание обмениваться опытом по преодолению негативных последствий заболевания.

В процессе лечения достоверно увеличились оценки по суммарной итоговой оценке качества жизни ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,80$ ) и всем основным сферам. При этом

максимальный рост показателей ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,33$ ) наблюдался именно по той сфере, которую в начале лечения оценивались пациентами отделения как наименее благополучная — духовная (увеличение значений с  $12,36 \pm 0,29$  до  $14,87 \pm 0,26$ ). Динамика значений остальных сфер качества жизни была следующей: микросоциальные отношения — с  $16,42 \pm 0,17$  до  $18,04 \pm 0,19$  ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,23$ ); социально-правовой статус — с  $14,39 \pm 0,27$  до  $15,95 \pm 0,27$  ( $p < 0,001$ ,  $t = 4,06$ ); психологическая сфера — с  $15,91 \pm 0,25$  до  $17,29 \pm 0,24$  ( $p < 0,001$ ,  $t = 4,06$ ); и самоконтроль и самопомощь — с  $15,24 \pm 0,27$  до  $16,55 \pm 0,25$  ( $p < 0,001$ ,  $t = 3,60$ ).

По восьми отдельным специфическим субсферам после проведенных лечебных вмешательств отмечалось значимое увеличение средних оценок, причем наибольший подъем наблюдался в наиболее неблагополучных при госпитализации сферах: качество жизни, связанное с психическим здоровьем ( $p < 0,001$ ,  $t = 12,32$ ), переживания, связанные с общением ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,83$ ), красота/дисгармоничность в окружающей жизни ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,33$ ), эмоциональная неадекватность ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,22$ ), лидерство или психологическая зависимость ( $p < 0,001$ ,  $t = 5,19$ ), самопомощь и психопрофилактика ( $p < 0,001$ ,  $t = 4,53$ ), правовое положение психически больного ( $p < 0,001$ ,  $t = 4,32$ ) и реакции окружающих на диагноз психического заболевания (стигматизация) и внешние проявления болезни ( $p < 0,02$ ,  $t = 2,40$ ). Тогда как отсутствие (на статистическом уровне) изменений отмечалось по субсферам наиболее благополучным при поступлении: самоконтроль или отвлечение от неприятных переживаний ( $p > 0,12$ ,  $t = 1,54$ ), особенности сексуального общения ( $p > 0,52$ ,  $t = 0,65$ ) и ориентировка в себе и в окружающей действительности ( $p > 0,93$ ,  $t = 0,08$ ). Таким образом, самые значительные улучшения (с  $10,07 \pm 0,36$  до  $16,33 \pm 0,36$ ) выявлялись в субсфере, измеряющей как психическое здоровье пациентов сказывается на переживании ими своей жизни в целом.

У больных шизофренией в ходе терапии на статистически достоверном уровне снизились дефицитарные составляющие всех центральных личностных образований, измеряемых «Я»-структурным тестом (ISTA): дефицитарной агрессии ( $p < 0,001$ ,  $t = 3,55$ ), дефицитарной тревоги ( $p < 0,03$ ,  $t = 2,27$ ), дефицитарного

внешнего «Я»-отграничения ( $p < 0,04$ ,  $t = 2,12$ ), дефицитарного внутреннего «Я»-отграничения ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,49$ ), дефицитарного нарциссизма ( $p < 0,02$ ,  $t = 2,34$ ) и дефицитарной сексуальности ( $p < 0,009$ ,  $t = 2,59$ ). Необходимо отметить высокую результативность проводимого лечения: поскольку дефицитарное состояние центральных «Я»-функций является собой наиболее выраженное нарушение личностной организации, то конструктивная коррекция дефицита «Я»-функций обнаруживает наиболее терапевтически значимый эффект предлагаемого комплекса мероприятий. Помимо этого, отмечалось одновременное повышение конструктивных шкал «Я»-структурного теста (ISTA), увеличение одной из которых — конструктивной тревоги достигло статистически значимого уровня ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,51$ ). Отсутствие достоверных изменений по остальным конструктивным и деструктивным параметрам объясняется недостаточностью времени и интенсивности терапевтических вмешательств, для более глубокой трансформации структуры личности больных шизофренией требуется многолетняя, амбулаторная комплексная терапия.

В процессе комплексной психосоциальной терапии произошло достоверное снижение частоты употребления всех неконструктивных копинг-стратегий (дистанцирование ( $p < 0,001$ ,  $t = 6,80$ ), конфронтация ( $p < 0,001$ ,  $t = 5,60$ ) и бегство-избегание ( $p < 0,001$ ,  $t = 7,53$ )), при одновременном увеличении использования конструктивных копинг-механизмов, в частности положительной переоценки ( $p < 0,001$ ,  $t = 5,98$ ), принятия ответственности ( $p < 0,001$ ,  $t = 4,62$ ) и поиска социальной поддержки ( $p < 0,001$ ,  $t = 3,47$ ). При этом изменилась структура способов совладания со стрессом в пользу большей их адаптивности и эффективности, с преобладанием активных проблемно-решающих и направленных на поиск социальной поддержки копинг-стратегий.

Одним из важных эффектов проводимого лечения у пациентов с шизофренией, утративших социальные связи, является общее значимое снижение интенсивности и напряженности действия механизмов психологической защиты, измеряемых опросником SBAK. При этом наиболее значимое снижение отмечалось в отношении защитных механизмов «отрицание» ( $p < 0,001$ ,  $t = 10,23$ ), «избегание

социальных контактов» ( $p < 0,001$ ,  $t = 7,87$ ) и «рационализация» ( $p < 0,001$ ,  $t = 7,31$ ). Показатели таких типов защит, как «рационализация», «обращение против объекта» и «избегание социальных контактов» стали соответствовать средненормативным (значения в пределах от 4 до 6 стандартных баллов). Частота использования «отрицания» и «регрессии» (особенно «отрицания») значительно уменьшилась (с  $8,57 \pm 0,05$  до  $7,49 \pm 0,09$ ), что обеспечило более высокий уровень функционирования психической деятельности исследованных больных за счет большей адекватности, гибкости и зрелости защитного поведения.

## **ВЫВОДЫ**

1. У исследованных больных шизофренией, утративших социальные связи, отмечено состояние формирования ремиссии с преобладанием симптомов, имевших характер самоизоляции, внутреннего напряжения и аутизации. Менее выраженными были резидуальные продуктивные психопатологические проявления, в которых доминировали подозрительность и идеи преследования. В процессе применения комплексной реабилитационной программы в психическом состоянии пациентов наблюдались значительные положительные изменения, затрагивавшие все стороны психометрической оценки по шкале PANSS.

2. Причина разрыва связей больных шизофренией с окружающим сообществом, как правило, заключалась в сочетанном неблагоприятном влиянии факторов, связанных как с психическим состоянием пациентов (прогредиентность ведущих симптомов заболевания, частые госпитализации), так и с, во многом вторичным, воздействием конфликтности и напряженности отношений с микросоциальным окружением, а также наличием проблем в материальной сфере.

3. «Я»-структура личности обследованных по методике ISTA пациентов характеризовалась низкими показателями конструктивных составляющих при доминировании дефицитарных и деструктивных центральных «Я»-функций. В процессе проведенной терапии снизились дефицитарные составляющие всех центральных личностных образований. Помимо этого, отмечалась тенденция к повышению конструктивных шкал, в особенности — конструктивной тревоги.

4. В процессе осуществления комплексной реабилитационной программы отмечались положительные изменения в характеристиках копинг-стратегий и защитно-приспособительного поведения больных шизофренией, утративших социальные связи.

4.1. Изученные пациенты в стрессовых ситуациях были склонны уклоняться от решения возникающих проблем, проявлять нежелание принимать на себя ответственность за их разрешение, отказываться от поиска поддержки. В процессе реабилитации было выявлено увеличение частоты использования конструктивных копинг-механизмов с преобладанием активных проблемно-решающих и направленных на поиск социальной поддержки стратегий. При этом учащение выбора адаптивных копинг-механизмов исследованными больными в процессе применения комплексной системы их реабилитации объяснялась не только эффектами, связанными с направленным конкретно на них психотерапевтическим воздействием, но частично была обусловлена редукцией психопатологических проявлений, получающих отражение в субшкале негативных расстройств шкалы PANSS.

4.2. Структура защитно-приспособительного поведения больных шизофренией, утративших социальные связи, отличалась избыточной напряженностью и выраженностью «отрицания» и «регрессии». В процессе комплексной реабилитации снизилась интенсивность и напряжение механизмов психологической защиты, в особенности в отношении «отрицания» и «регрессии».

5. В сравнении характеристик качества жизни между собой, и их сопоставлении с фактическим уровнем функционирования больных шизофренией, утративших социальные связи, были выявлены определенные противоречия. При негативной оценке пациентами общего благополучия, удовлетворенности жизнью и, особенно, психического здоровья и правового положения, а также при низком уровне дневной активности, психическое состояние и физическая работоспособность рассматривались ими, как хорошие; наиболее высокой оценкой характеризовались субсферы ориентировка в себе и в окружающей действительности, и особенности сексуального общения.

6. Противоречивая оценка качества жизни больными шизофренией, утратившими социальные связи, объяснялась не выраженностью психопатологической симптоматики, а собственно феноменологическими особенностями последней. Подобной противоречивости способствовало и использование неадаптивных совладающих механизмов («бегство-избегание» и «дистанцирование»), что позволяло обследованным пациентам формировать ощущение благополучия как жизнедеятельности в целом, так и в отдельных ее областях. Напротив, употребление конструктивных копинг-стратегий («положительная переоценка» и «поиск социальной поддержки») приводило к снижению оценок качества жизни.

7. В процессе применения комплексной реабилитационной программы, включающей психофармакотерапию с преимущественным использованием атипичных антипсихотиков, психотерапию в индивидуальной и групповой формах, психосоциальную терапию (тренинги социальных и бытовых навыков, психообразование, терапия занятостью) была отмечена оптимизация оценки пациентами своего качества жизни и некоторых показателей социального функционирования.

7.1. Показатели качества жизни улучшились по всем основным сферам и по большинству специфических субсфер, прежде всего в отношении качества жизни, связанного с психическим здоровьем.

7.2. Были достигнуты: вовлечение подавляющего большинства больных в доступные трудовые процессы, редукция напряженности социальных контактов, повышение осведомленности о своей болезни.

### **Практические рекомендации**

1. В оценке состояния больных шизофренией, утративших социальные связи, необходимо учитывать, что формирование данного феномена обусловлено не только стойкими дефицитарными проявлениями, но и неадекватностью защитно-приспособительных и адаптационных механизмов. Следовательно, клиническое исследование этих пациентов должно быть комплексным и включать соответствующие специальные методики анализа подобных характеристик.

2. Субъективная оценка пациентами разнообразных сфер своего жизненного благополучия требует осторожности, поскольку ее неадекватно положительный оттенок нередко обусловлен действием неадаптивных и незрелых механизмов совладания.

3. В процессе осуществления комплексной лечебной программы, соответствующей биопсихосоциальному подходу, вполне реально достижение существенных положительных изменений состояния больных шизофренией, утративших социальные связи, как в клиническом аспекте, так и в плане их социальной адаптации. В связи с этим формирование феномена утраты пациентами социальных связей не может рассматриваться в практической работе как необратимое.

4. Строгое соблюдение биопсихосоциального подхода означает обязательное включение в него широкого круга психотерапевтических и собственно реабилитационных воздействий, желательно — в условиях специализированных отделений.

5. Основные «мишени» и направления психосоциальной реабилитации в рамках подобной комплексной лечебной программы составляют: коррекция неадаптивных стратегий совладания со стрессом, модификация незрелых механизмов психологических защит, изменение (в рамках возможных интервенций) дефицитарных составляющих личностной «Я»-структуры больных шизофренией.

### ***Работы, опубликованные по теме диссертации***

#### **Научная статья в журнале по перечню ВАК**

1. Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи / О.В. Лиманкин, К.М. Лаптева // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13, № 2. — С. 99–104.

#### **Другие научные публикации**

2. Лаптева К.М. Групповая психотерапия в реабилитационном отделении / К.М. Лаптева // Бехтеревские чтения: материалы Всероссийской научно-

практической конференции с международным участием, Киров, 2003 г. — СПб. — Киров, 2003. — С. 257–258.

3. Лаптева К.М. Комплексные программы лечебной физкультуры в системе психосоциальной реабилитации / Н.В.Щукина, К.М.Лаптева, О.В. Лиманкин // Бехтеревские чтения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Киров, 2003 г. — СПб. — Киров, 2003. — С. 483–485.

4. Лаптева К.М Психосоциальная реабилитация хронически больных психиатрического стационара / К.М. Лаптева // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» / под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, Москва, 5-7 октября 2004 г. — М., 2004. — С. 71–72.

5. Лаптева К.М. Восстановительная социореабилитационная работа в отделении для психически больных, утративших социальные связи / К.М. Лаптева // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы Всеросс. конф. с международным участием «Бехтеревские чтения на Вятке», Киров, 27–28 сентября 2004 г. — М. — Киров, 2004. — Ч. 1. — С. 258–261.

6. Лаптева К.М. Реабилитационное отделение для лиц, утративших социальные связи / К.М. Лаптева // Вопросы подготовки клинических психологов, врачей-психотерапевтов: материалы научно-практической конференции, Оренбург, 2005 г. — Оренбург, 2005. — С. 148–150.

7. Лаптева К.М. Социальная реабилитация в отделении для психически больных, утративших социальные связи / К.М. Лаптева // Современная психиатрия: теория и практика / под ред. Свистуна С.Я. — СПб.: СПб. психиатр. б-ца им. Св. Николая Чудотворца, 2005. — Вып. 2: Реабилитация. — С. 52–53.

8. Лаптева К.М. Принципы работы в отделении для психически больных, утративших социальные связи / К.М. Лаптева // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сборник тезисов конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 15–17 февраля 2006 г. — СПб.:НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. — С.36–37.

9. Лаптева К.М. Реабилитационное отделение с общежитием для больных, утративших социальные связи, в психиатрическом стационаре / О.В. Лиманкин, К.М. Лаптева, Е.В. Канакова // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. – СПб., 2009. — Т. 2. — С.129–140.