

*На правах рукописи*

**КУЗНЕЦОВА**

**Светлана Леонидовна**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ  
АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Специальности: 14.01.06 – психиатрия

19.00.04 – медицинская психология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2017

Работа выполнена в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Коцюбинский Александр Петрович**

**Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор  
**Петрова Наталия Николаевна**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО  
«Северо-Западный государственный  
медицинский университет им.  
И.И. Мечникова» МЗ РФ  
**Пашковский Владимир Эдуардович,**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой психологии и  
педагогике ФГБОУ ВО «Первый Санкт-  
Петербургский государственный медицинский  
университет им. И.П. Павлова» МЗ РФ  
**Ванчакова Нина Павловна**

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится 30 ноября 2017 года в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» МЗ РФ (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3) и на сайте: <http://www.bekhterev.ru>

Автореферат разослан 30 октября 2017 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** По данным ВОЗ, на 2005 год эндогенными психическими расстройствами, характеризующимися наиболее тяжелыми социальными и экономическими последствиями (Ястребов В.С., 2009), в мире страдало около 385 млн. человек: расстройствами шизофренического спектра – около 45 млн. человек, а депрессивного круга – около 340 млн. (Freeman M., 2005), что, в соответствии с численностью населения в тот же период (свыше 6,5 млрд. человек) (<http://www.un.org.>, 2012), составляло в популяции порядка 0,7% и 5,2% соответственно. При этом, отчетливо прослеживается тенденция возрастания числа пациентов, находящихся, в связи с клинической стабилизацией их психического состояния, вне стен стационарных лечебных учреждений, но характеризующихся в то же время недостаточным уровнем социальной адаптации. Это обстоятельство способствовало тому, что психиатрическая служба и в мировой медицине, и в России к концу XX века получила развитие в направлении так называемой «общественно-ориентированной психиатрии» или «терапии с опорой на общество» (Гурович И.Я., 2007; Гусева О.В., 2007; Гурович И.Я., 2008; Краснов В.Н., 2008; Власова Н.С., 2009), что предполагает использование в выстраивании процесса терапии, реабилитации и социального восстановления лиц с психическими расстройствами потенциала всего сообщества, государственных и общественных организаций (Гурович И.Я., 2007; Лиманкин О.В., 2013). С этих позиций биологические, медикаментозные воздействия, направленные на организм человека, не являются единственными в терапии психических расстройств, а входят лишь составной частью в комплексную всестороннюю систему реабилитационных воздействий. Работа, осуществляемая в рамках реабилитационного направления, имеет богатую историю и сложившиеся научные традиции (Мелехов Д. Е., 1944, Кабанов М.М., 1977; Воловик В.М. и др., 1984; Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991; Гурович И.Я., 2003, Коцюбинский А.П., 2016). В русле этой работы сформировался современный всесторонний подход, основанный на «биопсихосоциальной парадигме» функционирования личности (Engel G., 1977), системно анализирующий основные параметры жизнедеятельности индивидуума – биологические, индивидуально-психологические и социальные (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Маклаков А.Г., 2001; Березин Ф.Б., 2011; Гадельшина Т.Г., 2011). Сказанное определяет актуальность исследований, связанных с дальнейшим изучением проблемы реабилитации и реадaptации эндогенных психически больных, их возвращения в социум и восстановления социального и трудового статуса.

**Степень разработанности темы исследования.** Несмотря на актуальность изучения вопросов реабилитации, на настоящий момент большинство работ

посвящены дифференцированной разработке той или иной стороны психической адаптации, сосредоточиваясь на разных аспектах этого многостороннего процесса: психологической составляющей адаптации (Исаева Е.Р., 1999; Бурковский Г.В. и др., 2011), социальной составляющей адаптации (Воловик В.М. и др., 1984; Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991; Лиманкин О.В., 2007), отдельных психосоциальных или социально-психологических взаимоотношениях адаптационно-компенсаторных механизмов (Березин Ф.Б., 2011; Исаева Е.Р., 2015). Однако, для формирования целостного представления о сущности психических расстройств и последующих социальных успехах психически больных целесообразно симультанное рассмотрение всех трёх компонентов психической адаптации с определением «удельного веса» того или иного её аспекта для индивидуального функционирования, что важно для холистического (целостного) диагностического подхода, с одной стороны, и индивидуализации процесса реабилитации – с другой.

В проведенной работе развиваются представления о необходимости именно такого биопсихосоциального подхода к оценке процесса и результата психической адаптации, принимая как факт, что неудача в любом из составляющих его направлений означает неуспех процесса лечения в целом, приводя к так называемой психической дезадаптации.

**Цель исследования:** оценка биопсихосоциальной адаптации и оптимизация реабилитации больных с эндогенными психическими расстройствами.

**Задачи исследования:**

1. Установить сравнительные особенности биологических (клинико-психопатологических) адаптационных характеристик в группах больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и биполярными аффективными расстройствами.

2. Изучить сравнительные психологические адаптационные характеристики в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

3. Исследовать особенности социальных адаптационных характеристик в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

4. Определить функциональный профиль адаптации в группах больных шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

5. Проанализировать, на основании холистического подхода, эффективность когнитивно-поведенческой терапии в процессе реабилитации больных с эндогенными психическими заболеваниями.

**Научная новизна.** В данном исследовании впервые на основе принципов биопсихосоциальной парадигмы проведён сравнительный анализ особенностей

биологических, психологических и социальных механизмов адаптации больных с различными эндогенными психозами, подчиненный цели разработки (на основании полученных данных) дифференцированного комплекса реабилитационного вмешательства. В результате исследования предложен новый диагностический инструмент, разработанный в рамках представлений о функциональном диагнозе, позволяющий определить характер реабилитационных мероприятий, необходимый больным с различными эндогенными психозами. Прослежены, с использованием холистического подхода, различия во взаимосвязях между биологическими и психологическими адаптационно-компенсаторными механизмами и социальной адаптацией у больных с различными эндогенными психозами, и определено влияние этих механизмов на функциональные возможности пациентов. Выявлены, в зависимости от диагностируемого функционального профиля адаптации, предпочтительные мишени реабилитационных воздействий и специфические факторы их эффективности. Результаты исследования расширяют представления о роли клинико-психопатологических, психологических и социальных механизмов в протекании эндогенных психозов.

**Практическая значимость исследования.** Результатом исследования стали рекомендации по оптимизации и индивидуализации реабилитации больных эндогенными психозами, в том числе, за счёт усовершенствования диагностического подхода. Показаны мишени комплексного реабилитационного воздействия, определяемые в разной степени клиническими особенностями заболевания, психологическими механизмами функционирования личности и характером социальной адаптации.

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

1. Больные шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством различаются по характеру биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов, а потому должны иметь различные программы комплексного реабилитационного воздействия.

2. Комплексный анализ составляющих психической адаптации с конструированием функционального профиля адаптации, являющегося важной содержательной характеристикой функционального диагноза, способствует формированию целостного взгляда на терапию эндогенных психозов.

3. Использование индивидуального функционального профиля адаптации в качестве диагностического инструмента способствует разработке персонализированных реабилитационных программ.

4. Проведение когнитивно-поведенческой терапии для больных с эндогенными психическими расстройствами позволяет повысить реабилитационный потенциал данной группы пациентов, способствуя

коррекции их копинг-поведения, гармонизации внутренней картины болезни и повышению качества жизни.

**Апробация результатов исследования и публикации.** По результатам исследования подготовлено 9 публикаций в отечественной литературе, 4 из них – в изданиях, рекомендованных ВАК. Материалы исследования были включены в методическое пособие для врачей и психологов «Комплексный подход к диагностике больных эндогенными психическими расстройствами» (2006). Результаты диссертационной работы были доложены и обсуждены на Всероссийской конференции с международным участием «Бехтеревские чтения на Вятке», 2004; XIII Всероссийской медико-биологической конференции «Фундаментальная наука и клиническая медицина», 2010. Материалы исследования внедрены в практику отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». Результаты исследования используются при преподавании психиатрии на кафедре психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

**Личный вклад автора.** Результаты, представленные в диссертации, получены непосредственно автором, проанализировавшем научную литературу по изучаемому вопросу и предпринявшем активные действия по организации исследования и сбору материала. Данные получены на основании клинко-психопатологического изучения 143 больных с эндогенными психическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Автор лично участвовала в выборе методик обследования, оценке состояния обследуемых больных, интерпретации и статистической обработке материала.

**Структура и объем работы.** Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, списка использованных источников литературы и приложений. Общий объем диссертации – 197 страниц, содержит 20 таблиц и 28 рисунков. В работе цитируются 131 отечественных и 40 зарубежных источников литературы.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Обследовано 143 больных с эндогенными психическими расстройствами (диагностические рубрики по МКБ-10: F20, F25 и F31), находившихся на стационарном лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПб НИПНИ им. В.М.

Бехтерева. Из них 87 человек (60,8% от всех обследованных пациентов) страдали шизофренией (49 пациентов или 56,3%, составивших эту группу – параноидной формой с непрерывным типом течения; 21 пациент или 24,1% – параноидной формой с приступообразно-прогредиентным типом течения и 17 пациентов или 19,5% – с простой формой). У 24 больных (16,8% от всех обследованных пациентов) было диагностировано шизоаффективное расстройство (ШАР), а у 32 больных (22,4% от всех обследованных пациентов) – биполярное аффективное расстройство (БАР). В группе больных с ШАР в 62,5% (15 больных) был диагностирован смешанный тип, в 29,2% (7 больных) – депрессивный тип и в 8,3% (2 больных) выявлен маниакальный тип психического расстройства. В группе больных с БАР у 40,6% (13 больных) выявлялись депрессивные фазы. Среди них 31,25% (10 больных) страдали умеренной депрессией (F31.3). У 6,25% (2 больных) был диагностирован эпизод тяжёлой депрессии, но без гетерогенных психотических симптомов (F31.4), у 34,4% (11 больных) наблюдалась смешанная фаза (F31.6). Маниакальное состояние, которое протекало в рамках БАР, было установлено у 25% (8 больных), причем у 12,5% (4 больных) имели место гипоманиакальные эпизоды в рамках БАР (F31.0). При этом 9,4% (3 больных) страдали маниакальными состояниями с психотическими симптомами (F31.2). У 3,1% (1 больной) был диагностирован маниакальный эпизод без психотических симптомов (F31.1).

Среди больных шизофренией 63,2% составляли мужчины (55 человек) и 36,8% – женщины (32 человека). В группе больных ШАР пациенты мужского пола составили 54,2% (13 человек), женского – 45,8% (11 человек). В группе больных с БАР мужчины составляли 56,2% (18 пациентов), женщины – 43,8% (14 человек).

Средний возраст больных шизофренией был  $27,7 \pm 8,1$  года (здесь и далее указанное отклонение рассматривается как средне-квадратичное ( $M \pm \delta$ )), ШАР –  $29,9 \pm 11,7$  года, БАР –  $38,4 \pm 11,9$  года.

Давность заболевания больных шизофренией составила  $7,2 \pm 4,9$  года, ШАР –  $8,6 \pm 3,9$  года, БАР –  $6,5 \pm 3,8$  года.

Длительность обострений заболевания у больных шизофренией составила  $11,9 \pm 7,7$  месяца, у больных ШАР –  $5,4 \pm 5,9$  месяца, у больных с БАР –  $5,9 \pm 4,9$  месяца. Количество эпизодов заболевания для больных шизофренией составило  $2,8 \pm 2,0$ , для ШАР –  $2,5 \pm 1,3$ , для БАР –  $3,3 \pm 2,9$ .

В группе больных шизофренией большинство пациентов получали терапию антипсихотиками первой генерации, в ряде случаев – в комбинации с антидепрессантами. В зависимости от наличия аффективных расстройств, пациенты также дополнительно получали нормотимики, транквилизаторы. Основной лечебной тактикой использования психофармакотерапии являлся

плановый перевод пациентов в период формирования ремиссии на терапию атипичными нейролептиками. При терапии ШАР использовалась преимущественно комбинация антипсихотиков второго поколения и антидепрессантов. У пациентов с БАР применялись в основном схемы лечения, имеющие в своей основе нормотимики, к которым, в зависимости от особенностей клинической картины, добавлялись атипичные нейролептики и СИОЗС(Н).

В исследовании использовался биопсихосоциальный, комплексный подход с сочетанием клинико-психопатологического (включая использование психометрических методик), клинико-психологического, клинико-социологического и статистического методов изучения материала. Первичные данные фиксировались в специально разработанной регистрационной карте, представлявшей собой набор различных переменных, отражающих историю жизни больного и его заболевания, актуальное состояние пациента на момент проведения обследования, а также особенности психологических адаптационных характеристик и социального функционирования. Клинико-психопатологический метод включал (в соответствии с диагностическими критериями международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра): целенаправленную беседу с пациентами, динамическое наблюдение за поведением больных, сбор объективного анамнеза, изучение медицинских сведений. Психометрический метод включал оценку психического состояния по шкалам: PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) – шкала позитивных и негативных синдромов; CGI-S (Clinical Global Impression – Severity) – шкала общего клинического впечатления, тяжесть состояния; CGI-I (Clinical Global Impression – Improvement) – шкала общего клинического впечатления, степень улучшения. Клинико-психологический метод включал: диагностику типа приспособительного поведения (Коцюбинский А.П. и др., 2004), определение качества жизни КЖ2Ф (Бурковский Г.В. и др., 2011), оценку особенностей психологических адаптационно-компенсаторных механизмов в соответствии с методиками «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для изучения системы психологической защиты личности (Вассерман Л.И. и др., 2005); «Опросник о способах совладания» (The Ways of Coping Questionnaire – WCQ, 1988) Р. Лазаруса, С. Фолкман (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляева, 2004), копинг-тест Лазаруса – для анализа механизмов совладания со сложными жизненными ситуациями; ТОБОЛ – для оценки отношения к болезни (Вассерман Л.И. и др., 2005). Уточнение характера социальной адаптации производилось при помощи шкалы GAF (Global Assessment of Functioning) – шкалы общей оценки функционирования; диагностики уровня социальной адаптации (УСА) (Красик Е.Д. и Логвинович Г.В., 1991); шкалы социальной активности в различных социальных сферах (Коцюбинский А.П. и



др., 2004). Все вычисления проводились с использованием пакета математико-статистических программ STATISTICA 10.0, IBM SPSS Statistics, Microsoft Excel. Производили расчёты средней арифметической ( $M$ ), а также средне-квадратичного отклонения ( $\delta$ ). При математико-статистической обработке первичных данных основным методом был корреляционный, для оценки непараметрических данных использовался коэффициент корреляции Спирмена. Достоверность различий между результатами исследования групп оценивалась для параметрических данных по t-критерию Стьюдента для зависимых выборок, для непараметрических – по t-критерию Вилкоксона. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для оценки различий между двумя независимыми выборками использовался U-критерий Манна – Уитни. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были установлены следующие клинико-психопатологические характеристики больных с эндогенными психозами: по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) выраженность психопатологических проявлений была оценена как «умеренная» в группе больных шизофренией (4,4 балла) и ШАР (4,1 балла), в то время как при БАР определялась «лёгкая степень заболевания» (3,6 балла) на момент обследования.

Общая тяжесть психического состояния в сравниваемых группах при психометрической оценке (PANSS) была схожей и не превышала среднего уровня. Существенно не различались в этих двух группах также выраженность и удельный вес позитивной и негативной симптоматики (рисунок 1).

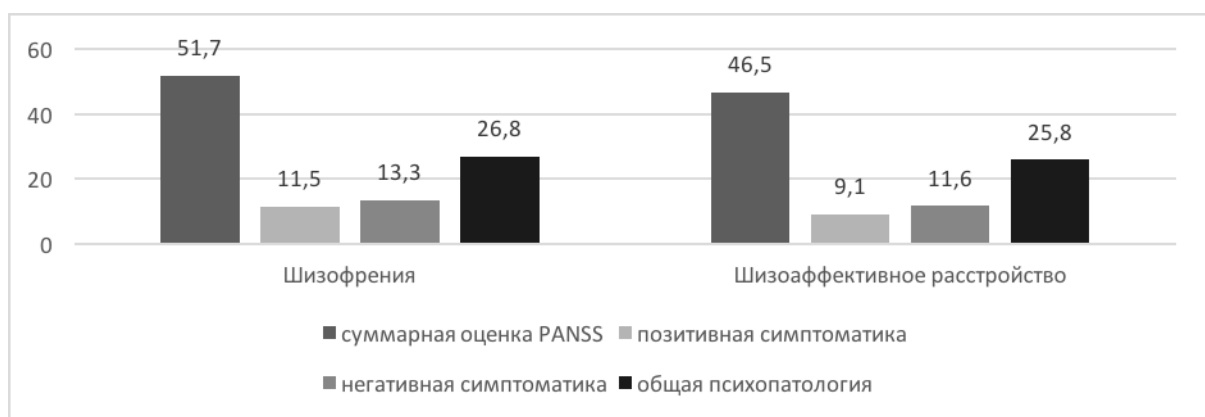


Рисунок 1. Тяжесть психического состояния больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (по шкале PANSS в баллах),  $p < 0,05$ .

Целенаправленная оценка выраженности позитивного/негативного симптомокомплекса при БАР не проводилась ввиду невозможности корректного

сравнения этих показателей с таковыми при шизофрении и ШАР (Кузьмин А.М., Иванов М.В., 1999; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008). Однако учёт количества приступов заболевания имел существенное значение для оценки нарастания негативных тенденций (при их наличии) в течении эндогенного процесса.

Представление о негативных тенденциях течения заболевания у пациентов сравниваемых групп представлены на рисунках 2 и 3 ( $p < 0,05$ ).

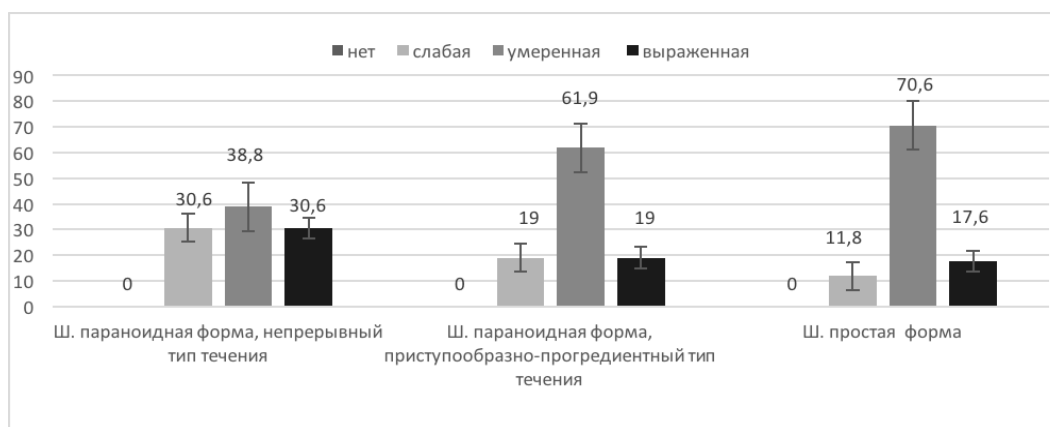


Рисунок 2. Негативные тенденции (прогредиентность) течения заболевания при шизофрении (больных в %).

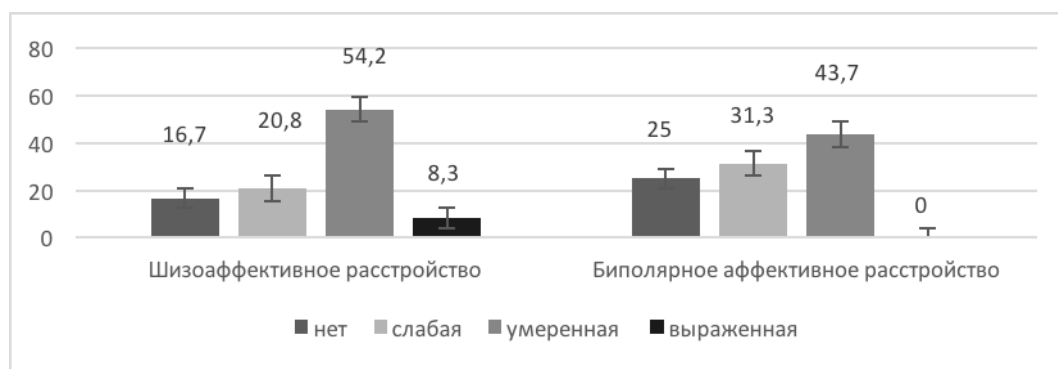


Рисунок 3. Негативные тенденции (прогредиентность/утяжеление) течения заболевания при ШАР и БАР.

Как видно из приведенных рисунков, в соответствии с клинической оценкой выраженная прогредиентность заболевания установлена у пациентов, страдающих шизофренией (всех рассматриваемых форм и типов течения) и ШАР. В отличие от этого, при БАР гораздо более частым (25% – против 0% у больных шизофренией и 16,7% – у пациентов с ШАР) было течение заболевания без его утяжеления (понимаемого как отсутствие прогредиентности для расстройств шизофренического спектра и удлинение, учащение приступов,

появление более тяжёлых форм с психотическими включениями – для расстройств аффективного спектра). Можно отметить, что ШАР по критерию негативных тенденций развития заболевания (прогредиентности) занимало промежуточное положение между БАР и шизофренией, находясь по этому параметру ближе к БАР.

Особенности приспособительного поведения у больных шизофренией представлены на рисунках 4 – 6.

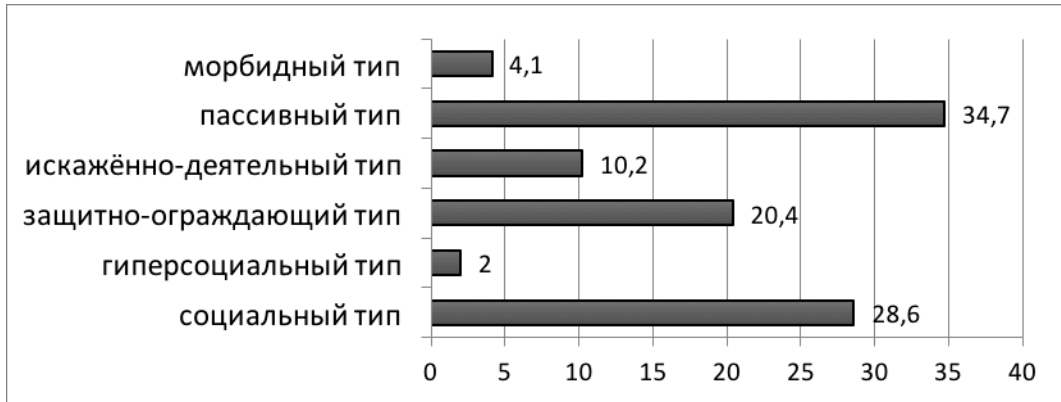


Рисунок 4. Приспособительное поведение больных параноидной шизофренией, непрерывный тип течения – 49 человек (%).

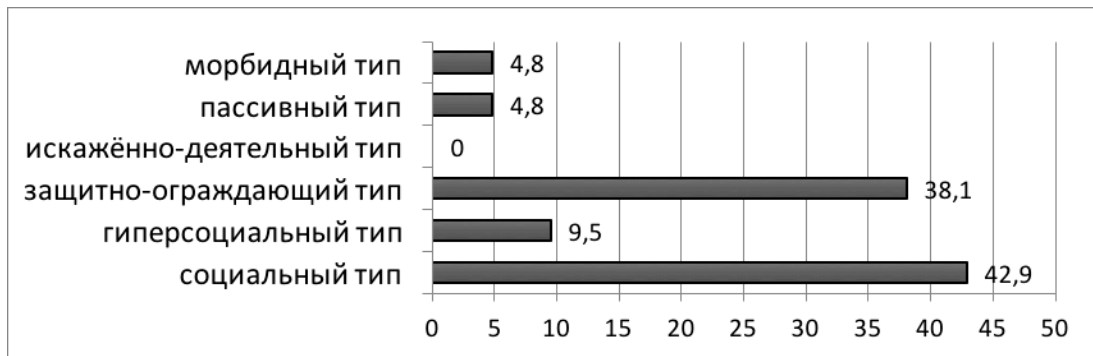


Рисунок 5. Приспособительное поведение больных параноидной шизофренией, приступообразно-прогредиентный тип течения – 21 человек (%).

Анализ приведённых данных, позволяет наглядно увидеть, что морбидный тип диагностировался при непрерывном и приступообразном типах течения параноидной шизофрении, отличаясь невысокой частотой (4,1% и 4,8% соответственно, рисунки 4 и 5). У больных с приступообразным типом течения параноидной шизофрении преобладающим являлся социальный тип приспособительного поведения, вторым по представленности был защитно-ограждающий тип (42,9% и 38,1% соответственно, рисунок 5), при этом

различия в выраженности представленных типов не являлись достоверно значимыми.

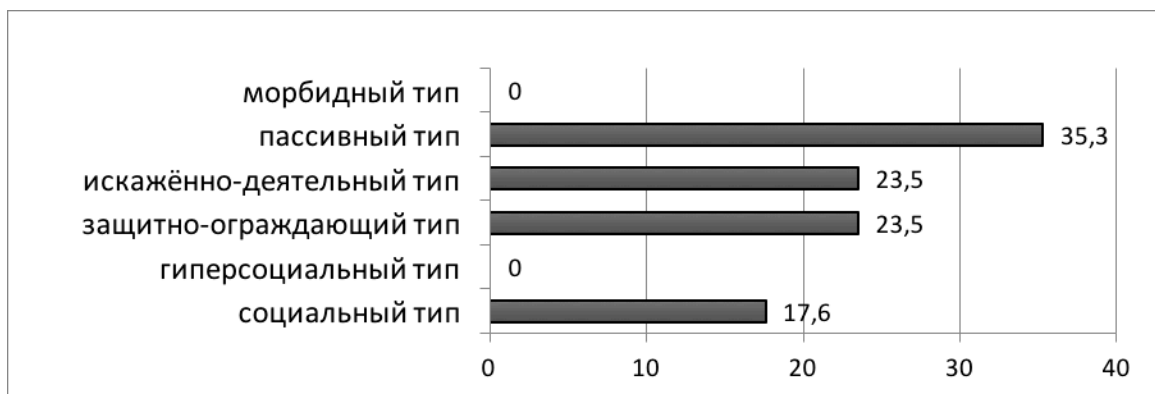


Рисунок 6. Приспособительное поведение больных простой шизофренией – 17 человек (%).

Преобладающим у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения и простой шизофренией являлся пассивный тип приспособления (34,7% и 35,3% соответственно, рисунки 4 и 6).

Для больных ШАР картина приспособительного поведения была сходной с таковой у пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией: наиболее представленным также явился социальный тип приспособительного поведения, а вторым по частоте – защитно-ограждающий (37,5% и 29,2% соответственно, рисунок 7), однако в этом случае различия в выраженности являлись достоверными ( $p < 0,05$ ).

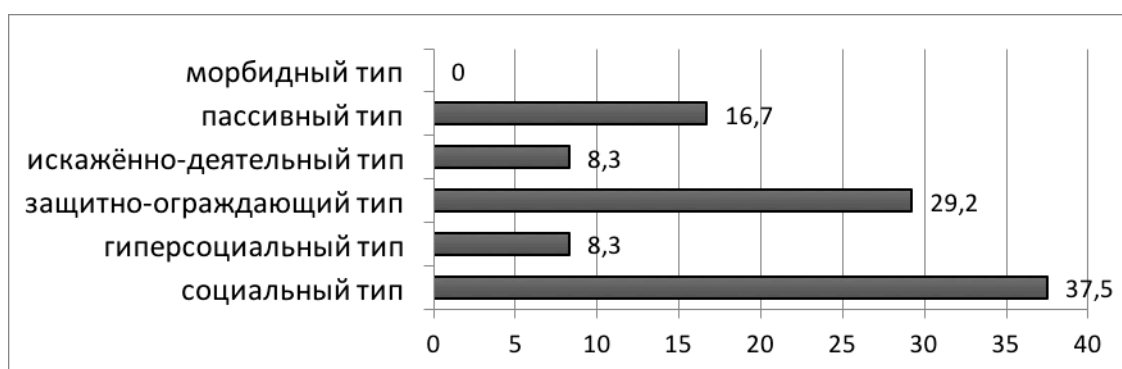


Рисунок 7. Приспособительное поведение при шизоаффективном расстройстве – 24 человека (%).

В группе больных БАР диагностировались преимущественно конструктивные типы приспособительного поведения (рисунок 8): социальный (50%) и гиперсоциальный (18,75%), при наличии в то же время морбидного (6,25

%).

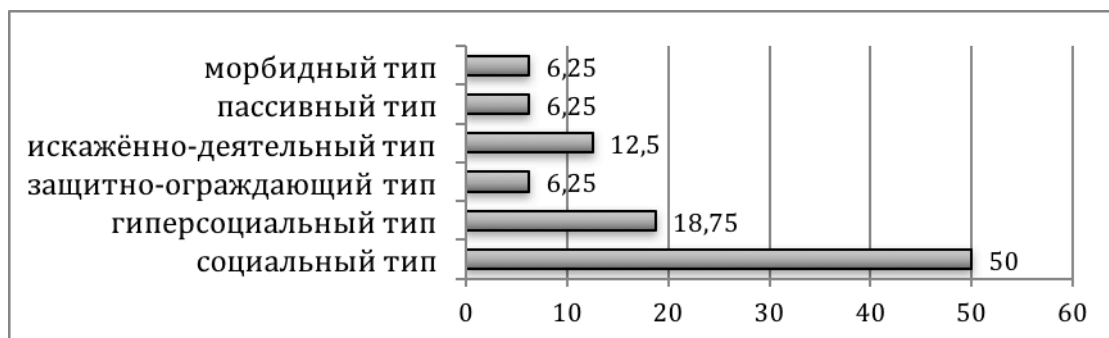


Рисунок 8. Приспособительное поведение больных биполярным аффективным расстройством – 32 человека (%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что при простой и параноидной форме шизофрении с непрерывным течением преобладали регрессивные типы приспособительного поведения с пассивной жизненной позицией, отступлением от достигнутых успехов, отказом от борьбы за значимые цели, фиксацией поведенческих стереотипов. Характер приспособительного поведения больных с приступообразно-прогредиентным типом течения параноидной шизофрении при этом отличался большей конструктивностью и соответствием требованиям действительности, оказавшись сходным с таковым при ШАР, что, как представляется, отражает известную близость особенностей социального и психологического функционирования вообще всех больных с приступообразно протекающими формами эндогенных расстройств. У больных с БАР существенных нарушений в приспособительном поведении выявлено не было.

Внутренняя картина болезни исследовалась с помощью методики ТОБОЛ. При этом отдельно рассматривались частота выявления различных типов отношения к болезни в группах больных в процентах (учитывающая, в том числе, диффузные и смешанные типы) и среднее балльное выражение каждого типа отношения к болезни.

Выявление преимущественно диффузных типов отношения к болезни во всех группах больных шизофренией (35% – 41%), а также отчетливое превалирование отдельных типов (сенситивный и эргопатический) при всех рассматриваемых формах и типах течения шизофрении позволило анализировать внутреннюю картину болезни больных шизофренией в целом, без деления на группы.

При сопоставлении особенностей внутренней картины болезни больных шизофренией, ШАР и БАР (таблица 1) оказалось, что у всех обследованных пациентов выраженными являлись дезадаптивные типы: сенситивный тип отношения к болезни, который наибольшего значения достигал в группе

больных ШАР ( $23,78 \pm 5,61$  балла,  $p < 0,05$ ) и эргопатический тип отношения к болезни (без существенных нарушений адаптации), наиболее выраженный также при ШАР ( $26,14 \pm 13,32$  балла,  $p < 0,05$ ).

Таблица 1 – Внутренняя картина болезни при эндогенных психозах (баллы)

Тип отношения к болезни	Шизофрения		ШАР		БАР	
	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$	М	$\pm \delta$
гармонический	19,11*	11,47	30,26*	10,40	21,39*	9,22
эргопатический	<b>13,18</b>	8,84	<b>26,14**</b>	13,32	<b>17,17</b>	8,75
анозогнозический	<b>12,57</b>	11,01	11,57	11,92	8,89	5,78
тревожный	10,28	8,94	12,00	7,70	11,22	6,95
ипохондрический	8,96	7,99	15,14	10,95	10,56	6,06
неврастенический	8,43	6,48	10,00	7,09	10,33	7,01
меланхолический	8,14	8,04	11,14	10,66	11,44	9,00
апатический	4,68	4,57	6,43	7,09	6,94	4,71
сенситивный	<b>15,25</b>	9,73	<b>23,78**</b>	5,61	<b>17,50</b>	9,15
эгоцентрический	7,21	5,79	8,71	6,24	7,61	3,38
паранойяльный	6,57	5,53	4,14	3,18	5,05	3,64
дисфорический	5,36	4,23	4,85	6,44	6,83	4,98

Примечания: \* – гармоничный тип отношения к болезни исключался из рассмотрения согласно правилам анализа данных (Вассерман Л.И., 2005); \*\* –  $p < 0,05$  для указанных значений; выделены значения, попадающие в диагностический интервал.

И эргопатический, и сенситивный типы отношения к болезни выявлялись при ШАР как в чистом виде (29,2% и 16,7% соответственно), так и в составе смешанных типов (29,0%), а в группе больных с БАР сенситивный тип отношения определялся преимущественно не как самостоятельный (6,2%), а в составе диффузных (40,6%) типов. При шизофрении третьим, попадающим в диагностический интервал типом, был анозогнозический ( $12,57 \pm 11,01$  балла,  $p < 0,05$ ). Было показано, что при ШАР и БАР, по сравнению с наблюдаемыми при шизофрении, чаще выявлялись гармонический и эргопатический типы отношения к болезни в «чистом» виде, что указывает на более высокие адаптационные возможности данных групп больных в сравнении с больными шизофренией.

Таким образом, изучение внутренней картины болезни у больных с эндогенными психическими расстройствами позволило установить снижение адаптационных возможностей во всех группах больных с преобладанием сенситивного типа реагирования, однако у больных с шизофренией наряду с

повышенной чувствительностью в отношении заболевания выявлялась тенденция к отрицанию его тяжести и возможных последствий, в то время как для больных с БАР и ШАР подобная анозогнозическая тенденция не была характерна. Кроме того, при схожести профиля внутренней картины болезни у пациентов двух последних групп отчётливо прослеживалась склонность к более реалистичной, взвешенной оценке своего состояния.

Наиболее выраженными копинг-стратегиями (Лазарус Р., Фолкман С., 1988) во всех группах являлись поиск социальной поддержки и принятие ответственности, которые при простой шизофрении находились в диапазоне высокого напряжения адаптационных механизмов (76,4% и 73,6% соответственно), а при непрерывно текущей и приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении – на границе среднего и высокого уровня напряжения (59,6% – 65,3%). Помимо этого, при непрерывно текущей параноидной шизофрении значимой стратегией (без достоверного отличия выраженности) являлся самоконтроль (62,5%). Была показана достоверно бóльшая выраженность всех копинг-стратегий в репертуаре больных с простой формой шизофрении, что может указывать на бóльшую напряженность адаптационных механизмов у этой группы больных.

В структуре копинг-поведения у больных БАР и ШАР также было выявлено доминирование двух стратегий с высоким напряжением механизмов адаптации: поиск социальной поддержки (74,5% и 76,4% соответственно, без достоверных отличий) и принятие ответственности (78,0% и 73,6% соответственно,  $p < 0,05$ ), что было достоверно более частым, чем у больных параноидной шизофренией, оказываясь сравнимым при этом, с аналогичными показателями при простой форме шизофрении. В целом, исследование показало наличие достоверных различий по используемым копинг-стратегиям внутри группы больных шизофренией, при этом копинг больных шизоаффективными психозами и биполярными аффективными расстройствами оказался схожим.

Результаты изучения психологической защиты при шизофрении продемонстрировали наличие достоверных отличий между группами больных по напряженности существующих защит. Так, наиболее выраженным при простой форме шизофрении был механизм регрессии (81,9 перцентилей при  $p < 0,05$ ), при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения – регрессии и вытеснения (70,8 и 65,6 перцентилей соответственно), при параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения – механизм реактивных образований (72,2 перцентилей). При этом для последней группы больных по трём из восьми диагностируемых механизмов психологической защиты (МПЗ), а именно – вытеснения, регрессии и замещения ( $p < 0,05$ ), напряженность была меньшей в сравнении с больными двух других групп, а напряженность механизма интеллектуализации (65,5 перцентилей) была,

напротив, достоверно большей, что в совокупности говорит о большей зрелости МПЗ в группе больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным типом течения, хотя при этом, для них же были характерны дезадаптивные сочетания психологических защит (интеллектуализации и регрессии/реактивных образований), психологической защиты и копинга (регрессии и принятия ответственности). По этим характеристикам, а также по представленности такого зрелого интерпретативного механизма психологической защиты, как интеллектуализация, характер психологической адаптации данной группы был близок к таковому при БАР.

Изучение психологической защиты при БАР и ШАР показало следующие особенности: а) в структуре МПЗ в обеих сравниваемых группах значительной выраженности достигал защитный механизм по типу регрессии (73,5 и 71,9 процентиля соответственно); б) при БАР защитный механизм интеллектуализации занимал второе по выраженности место (67,8 процентиля,  $p < 0,05$ ). Последнее обстоятельство свидетельствует о сравнительно большей зрелости механизмов психологической защиты у этой группы пациентов, хотя одновременно у них же обнаруживались дезадаптивные сочетания компонентов психологической защиты и копинга: регрессия/интеллектуализация и принятие ответственности.

Анализ особенностей социальной адаптации больных эндогенными психозами в соответствии с методикой Е.Д. Красика, Г.В. Логвинович (1991) позволил выделить три уровня социальной адаптации (при сравнении их с преморбидно имевшимся): высокий, средний и низкий.

У больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения достоверно наиболее часто диагностировался средний парциально-компенсированный уровень адаптации (34,7%), характеризующийся восстановлением (или в несколько сниженной степени) социальных функций и отношений в обычных условиях. При параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением отмечалось достоверно более частое выявление средних условно- (с «восстановлением трудовых и микросоциальных функций и отношений на сниженном или близком к преморбидному уровню в индивидуально созданных условиях», Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991) и парциально-компенсированных уровней адаптации (33,3% и 28,6% соответственно). При простой форме шизофрении отмечалось преобладание среднего условно-компенсированного (29,4%) уровня социальной адаптации, однако вторым по представленности был низкий условно-декомпенсированный уровень (23,5%), к особенностям которого относится «клинически необоснованный отказ от преморбидных социально-трудовых и семейных функций и отношений при объективной возможности их сохранения в индивидуально созданных условиях» (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1991). У



шизоаффективных больных была равная выраженность (по 37,5%) высокого оптимально-компенсированного (восстановление или гармоническое развитие всех видов социальных функций и отношений) и среднего условно-компенсированного уровней социальной адаптации, достоверно отличающихся от представленности прочих уровней адаптации. Для пациентов группы БАР, аналогично распределению в группе больных ШАР, были характерны: высокий оптимально-компенсированный (28,1%) и средний условно-компенсированный уровни социальной адаптации (25%),  $p < 0,05$ .

В результате проведенного исследования обнаружено, что декомпенсированный госпитальный уровень социальной адаптации встречался только у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения процесса (5,8%) и у больных с простой формой шизофрении (5,9%). Социальная адаптация шизоаффективных больных и больных БАР была схожей.

Анализ социальной адаптации проводился также в точки зрения его количественной составляющей с помощью шкалы общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning – GAF) (Goldman H.F., Skodol A.E., Lave T.R., 1992) и шкалы оценки функционирования больных в различных социальных сферах (Коцюбинский А.П. и др., 2004).

По шкале GAF средняя балльная оценка составила  $53,2 \pm 7,1$  в группе больных шизофренией (с вариацией кодов в диапазоне 32 – 65),  $54,8 \pm 6,9$  – в группе больных ШАР (коды варьировали от 42 до 69) и  $63,3 \pm 3,4$  – в группе больных БАР (разброс значений кодов в диапазоне 58 – 71). Снижение функционирования можно оценивать, как умеренное в группах больных шизофренией и ШАР, в то время как пациенты с БАР демонстрировали лишь незначительное нарушение социального функционирования.

Анализ функционирования в различных социальных сферах с точки зрения наличия или отсутствия конкретных признаков социальной активности позволил обнаружить, что в таких сферах социального функционирования как наличие семейных супружеских отношений, сексуальных отношений, детей и функционирования в рамках семьи больные с диагнозами ШАР и БАР демонстрировали лучшие показатели по сравнению с больными шизофренией. В то же время при анализе таких сфер социального функционирования как профессия, функционирование в родительской семье (при отсутствии супружеских отношений), характер межличностного общения, а также организация быта больные с шизофренией демонстрировали сходство с больными ШАР.

В соответствии с задачами исследования был проведён анализ представленности и взаимодействия клинико-психопатологических, клинико-психологических факторов и показателей социальной адаптации больных эндогенными психозами, в результате чего было сформулировано представление

об функциональном профиле адаптации при различных эндогенных заболеваниях, схематичное изображение которого представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Схема функционального профиля адаптации

Клинико-психопатологическая составляющая функционального профиля	Клинико-психологическая составляющая функционального профиля	Социальная составляющая функционального профиля
Прогрессиентность/утяжеление течения заболевания*	Копинг	Уровень социальной адаптации
Количество эпизодов заболевания	Внутренняя картина болезни	Уровень функционирования в различных социальных сферах
Давность заболевания	Психологическая защита	GAF***
Психическое состояние, подтверждённое PANSS**	Тип приспособительного поведения	-
Тяжесть состояния, подтверждённая CGI	-	-

Примечания: \* – для больных аффективной патологией; \*\* – для больных шизофренией и шизоаффективным расстройством; \*\*\* – иная валидизированная шкала для оценки социального функционирования.

Функциональный профиль адаптации можно считать интегративным показателем биопсихосоциального функционирования, демонстрирующим картину выраженности и внутренних взаимосвязей различных клинико-биологических, психологических и социальных адаптационно-компенсаторных механизмов и наглядно демонстрирующим реабилитационный потенциал личности. Функциональный профиль адаптации можно считать важной содержательной характеристикой функционального диагноза (Коцюбинский А.П. и др., 2017).

Сравнительный анализ функциональных профилей исследованных групп больных позволил обнаружить, что показатели биопсихосоциальной адаптации больных ШАР демонстрируют отчётливое сходство с таковыми при БАР (за исключением МПЗ и социального функционирования по шкале GAF, где показатели тяготеют к аналогичным при шизофрении). Одновременно, можно видеть особое «промежуточное положение» больных с параноидной шизофренией (приступообразно-прогрессиентный тип течения), у которых отмечается некоторое сходство характера психологической защиты и приспособительного поведения с отмечаемым у больных с ШАР и БАР.

Целостное рассмотрение всего объёма полученных данных показывает принципиальную сложность категориального разделения рассматриваемых групп больных по нозологическому принципу, поскольку продемонстрировать чёткие дифференцирующие различия особенностей биопсихосоциального функционирования пациентов не представляется возможным. Это функционирование можно лишь рассматривать как меняющееся от дезадаптивного к более-менее адаптивному в ряду: простая шизофрения – параноидная шизофрения с непрерывным типом течения – параноидная шизофрения с приступообразно-прогредиентным типом течения – шизоаффективное расстройство – биполярное аффективное расстройство.

Корреляционный анализ данных, проведённый с целью установления внутренних взаимосвязей между структурными компонентами функционального профиля адаптации, позволил определить, что при параноидной шизофрении с непрерывным типом течения количество перенесённых экзацербаций заболевания было сопряжено со снижением уровня социальной адаптации ( $R=0,54$ ,  $p<0,05$ ). Анализ взаимосвязей клинико-психологических характеристик и социальной адаптации показал зависимость дезадаптивности приспособительного поведения (пассивный ТПП) и снижения уровня социальной адаптации ( $R=0,57$ ,  $p<0,05$ ), в частности, со снижением профессионального функционирования ( $R=0,42$ ,  $p<0,05$ ), нарушением функционирования в быту ( $R=0,54$ ,  $p<0,05$ ) и в сфере наличия детей ( $R=-0,49$ ,  $p<0,05$ ).

При параноидной шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения клинико-психопатологическая характеристика прогредиентности заболевания показала взаимосвязь с такими параметрами социального функционирования как профессиональная деятельность ( $R=0,38$ ,  $p<0,05$ ), межличностные отношения ( $R=0,40$ ,  $p<0,05$ ) и сфера наличия детей ( $R=-0,36$ ,  $p<0,05$ ). В то же время, и приспособительное поведение (защитно-ограждающего типа) было взаимосвязано с уровнем социальной адаптации ( $R=-0,36$ ,  $p<0,05$ ), в частности, со снижением функционирования в сферах: профессиональной ( $R=0,45$ ,  $p<0,05$ ), межличностных отношений ( $R=0,42$ ,  $p<0,05$ ), а кроме того, бытовой ( $R=0,46$ ,  $p<0,05$ ) и сексуальной ( $R=0,39$ ,  $p<0,05$ ). В свою очередь выраженность копинг-стратегии планирования решения проблемы обратно коррелировала с нарушениями в супружеских отношениях ( $R=-0,49$ ,  $p<0,05$ ).

При простой форме шизофрении выявлялись следующие взаимосвязи: показатель выраженности негативной симптоматики (по шкале PANSS), характеризующий психическое состояние пациентов на момент обследования, достоверно влиял на функционирование в сферах межличностных отношений и организации быта ( $R=0,72$  и  $R=0,83$ ,  $p<0,05$  соответственно), прогредиентность заболевания была сопряжена со снижением уровня социальной адаптации ( $R=0,32$ ,  $p=0,02$ ). В отношении клинико-психологических параметров были

обнаружены следующие корреляционные зависимости: а) пассивный тип приспособительного поведения был связан со снижением уровня социальной адаптации ( $R=0,56$ ,  $p<0,05$ ), что проявлялось в снижении функционирования в семье ( $R=0,72$ ,  $p<0,05$ ), в быту ( $R=0,70$ ,  $p<0,05$ ) и сексуальной сфере ( $R=0,54$ ,  $p<0,05$ ).

При шизоаффективном расстройстве клиничко-психопатологический показатель прогрессивности заболевания (умеренная) оказывал значительное влияние на формирование условно компенсированного уровня социальной адаптации ( $R=0,62$ ,  $p=0,04$ ). Анализ имеющихся корреляций в клиничко-психологической сфере для ШАР показал: а) наличие взаимосвязи социального типа приспособительного поведения с оптимально компенсированным уровнем социальной адаптации ( $R=0,84$ ,  $p<0,05$ ); б) наличие положительного взаимовлияния копинга принятия ответственности с условно компенсированным уровнем социального функционирования ( $R=0,87$ ,  $p<0,05$ ); в) наличие значимой корреляционной связи механизмов психологической защиты по типу регрессии с социальным функционированием в сфере профессиональных отношений и показателей функционирования по шкале GAF ( $R=0,67$  и  $R=0,75$ ,  $p<0,05$  соответственно); г) наличие влияния внутренней картины болезни на социальный компонент биопсихосоциальной адаптации, что проявилось в обнаружении корреляционной зависимости между выраженностью сенситивного типа отношения к болезни и снижением в сфере межличностных отношений ( $R=0,55$ ,  $p<0,05$ ).

При биполярном аффективном расстройстве значимых взаимосвязей между текущими клиничко-психопатологическими характеристиками и уровнем социальной адаптации выявлено не было, в то же время существенным фактором снижения социального функционирования (в родительской семье) оказалась длительность течения заболевания ( $R=0,66$ ,  $p<0,05$ ). При этом анализ взаимосвязей клиничко-психологической и социальной компонентов биопсихосоциальной адаптации больных с биполярными расстройствами продемонстрировал: а) наличие сильной корреляционной связи между искаженно-деятельным типом приспособительного поведения и условно компенсированным уровнем социальной адаптации ( $R=0,59$ ,  $p<0,05$ ), в частности – снижением функционирования в сексуальной сфере ( $R=0,74$ ,  $p<0,05$ ); б) наличие обратной взаимосвязи неконструктивного конфронтативного копинга с уровнем социальной адаптации ( $R=-0,49$ ,  $p<0,05$ ), в частности – функционированием в сфере межличностных отношений ( $R=-0,61$ ,  $p<0,05$ ); в) наличие отчетливой взаимосвязи психологических защит с функционированием в различных социальных сферах, а именно – механизма интеллектуализации, обратно связанного с функционированием в сексуальной сфере ( $R=-0,93$ ,  $p<0,05$ ); механизма регрессии, прямо связанного со сферой межличностных отношений и сферой организации быта ( $R=0,93$  и  $R=0,92$ ,  $p<0,05$  соответственно); г) отсутствие значимых корреляций внутренней картины

болезни (сенситивные и эргопатический типы отношения к болезни, наиболее выраженные в данной группе больных) со сферой социального функционирования при одновременно выявленной взаимосвязи анозогнозии во внутренней картине болезни с функционированием в сфере супружеских отношений ( $R=-0,88$ ,  $p<0,05$ ), а тревожного типа отношения к болезни – с проживанием в родительской семье и нарушениями с сфере воспитания детей ( $R=0,84$  и  $R=0,52$ ,  $p<0,05$  соответственно).

На основании проведенного анализа и определения функционального профиля адаптации для каждой группы обследованных больных были сформулированы индивидуализированные рекомендации интегративных реабилитационных программ, общей составной частью которых явилась когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), проведение которой стало вторым этапом исследования. Целью было изучение эффективности КПТ для пациентов с эндогенными психическими расстройствами с точки зрения её влияния на значимые для социальной адаптации клинические и психологические механизмы биопсихосоциального функционирования. Научно-практической основой проводимой когнитивно-поведенческой психотерапии (ПТ) явилась «Методика функциональной тренировки поведения» (Гончарская Т.В., 1988), модифицированная в соответствии с задачами исследования. Сущность модификации закачалась в смещении акцента в проводимой ПТ с тренинга поведенческих навыков на осмысление тех когнитивных механизмов, которые сопровождают их исполнение. Психотерапевтическая группа была открытой, включала 6 – 8 человек, занятия проводились в течение 8 недель три раза в неделю по 1,5 часа. В процесс когнитивно-поведенческой терапии было включено 40 пациентов с диагнозами: шизофрения (29 человек), ШАР (4 человека) и БАР (7 человек) в возрасте  $31,3\pm 8,5$  года.

При клинической оценке психического состояния (подкрепленной использованием психометрических шкал) отмечалась положительная динамика в процессе ПТ, которая была более выраженной, чем у 40 пациентов группы сравнения, имевших схожую клиническую картину, но не участвовавших в психотерапевтических интервенциях и ограничившихся лишь использованием психофармакотерапевтических препаратов. При этом положительная динамика психического состояния (по шкале PANSS) больных шизофренией и ШАР, участвовавших в психотерапевтической работе, прослеживалась в отношении как негативной, так и общей психотической симптоматики.

По шкале общего клинического впечатления (CGI) исходная степень выраженности психопатологических проявлений в группе больных, прошедших КПТ, оценивалась как «умеренная» (4,1 балла), в группе сравнения – была близкой и также расценивалась как «умеренная» (4,4 балла). На момент завершения психотерапевтической работы состояние больных, прошедших КПТ, соответствовало «лёгкой» степени (3,3 балла по шкале CGI), а динамика улучшения квалифицировалась как «значительная» (2,4 балла по шкале CGI-I),

при этом на момент завершения контрольного периода состояние больных, не прошедших когнитивно-поведенческую психотерапию, также соответствовало диапазону «лёгкой» степени, хотя и было несколько более психопатологически «насыщенным» (3,8 балла по шкале CGI), а динамика улучшения, квалифицируясь как «значительная» (2,7 балла по шкале CGI-I), в балльном выражении была несколько менее успешной, чем у пациентов, получавших комплексное (фармакологическое и психотерапевтическое) лечение. Таким образом, проведённый анализ позволил установить достоверность некоторых различий в динамике психического состояния по шкалам PANSS и CGI между основной группой больных и группой сравнения на уровне статистической тенденции ( $p=0,07$ ), что, разумеется, не позволяет делать сколько-нибудь уверенных выводов о позитивном изменении клинико-психопатологических проявлений заболевания как результате проводимой ПТ, так как общепризнанным является представление о главенствующей роли в этом отношении психофармакологической терапии.

Однако особенности психологического и, связанного с ним, социального статуса пациентов были во многом обусловлены проведением именно психотерапевтической работы. В результате КПТ было выявлено достоверное снижение напряжённости защитных механизмов компенсации и замещения (67,7→56,9 и 57,2→46,6 процентилей соответственно,  $p<0,05$ ), что можно расценивать как некоторый успех психотерапевтических интервенций, однако полагаться на полученные данные в долгосрочной перспективе не представляется возможным, исходя из понимания самой природы механизмов психологической защиты, кардинальные изменения в структуре которых, если вообще и возможны, то при условии длительной и, как правило, динамически ориентированной психотерапии. Остальные механизмы психологической защиты, в том числе механизм регрессии, имевший наибольшую выраженность (как в исследуемых группах первого этапа работы, так и у пациентов, обследованных на втором этапе) не претерпели существенных изменений.

Позитивная динамика в процессе психотерапии коснулась также стратегий совладания: достоверно возросла частота самоконтроля (60,5%→65,5%,  $p<0,05$ ), а на уровне статистической тенденции – поиска социальной поддержки (65,8%→68,5%,  $p<0,1$ ) и планирования решения проблемы (53,2%→55,2%,  $p<0,1$ ). Иными словами, все конструктивные копинг-стратегии претерпели положительные изменения, из которых наиболее интересна динамика самоконтроля, поскольку данная стратегия не была выраженной у больных, обследованных на первом этапе работы. Одновременно достоверно уменьшилась частота таких неконструктивных стратегий, как дистанцирование (53,4%→47,6%,  $p<0,05$ ) и бегство-избегание (52,9%→46,6%,  $p<0,05$ ).

Изменения во внутренней картине болезни проявились в значимом уменьшении выраженности (ТОБОЛ, баллы) ипохондрического (13,1→10,9,

$p < 0,05$ ), неврастенического ( $10,5 \rightarrow 8,5$ ,  $p < 0,05$ ) и меланхолического ( $10,6 \rightarrow 7,1$ ,  $p < 0,05$ ) типов отношения к болезни, а также – уменьшением эгоцентрического ( $10,41 \rightarrow 8,82$ ,  $p < 0,05$ ) и дисфорического ( $7,85 \rightarrow 5,76$ ,  $p < 0,05$ ) типов. Наблюдалось, кроме того, возрастание выраженности гармонического ( $5,11 \rightarrow 7,71$ ,  $p < 0,05$ ) и эргопатического ( $9,18 \rightarrow 11,41$ ,  $p < 0,05$ ) типов отношения к болезни. Однако при этом, сенситивный тип реагирования, имевший наибольшие значения (как в исследуемых группах первого этапа работы, так и у пациентов, обследованных на втором этапе) не претерпел изменений ( $16,41 \rightarrow 16,18$ ), что говорит о довольно устойчивом искажении внутренней картины болезни при эндогенных психозах с повышенной чувствительностью к стрессорным воздействиям.

Тем не менее, в целом можно говорить об определённой гармонизации внутренней картины болезни при проведении психотерапии, что, в совокупности с позитивными изменениями копинга, является признаком нормализации в структуре клиничко-психологической адаптационно-компенсаторной модели.

В проведенном исследовании изучалась также качество жизни пациентов, рассматриваемое как субъективная оценка социальной адаптации пациентов и имеющее, как отмечает А.Б. Шмуклер (2013), существенное значение для стабильности достигаемого в процессе терапии эффекта. Отмечалось повышение (на 20,4%) показателя глобального самосохранения, отражающего процесс жизнедеятельности с поддержанием на определенном уровне всех жизненных параметров (за счёт роста самообеспечения, снижения напряженности контроля и утомляемости). Одновременно произошло увеличение (на 24%) показателя глобального саморазвития, то есть стремления к реализации своих целей и своей деятельности в социуме. В целом основные изменения наблюдались в структуре ценностно-мотивационного процесса самосохранения, целевой направленностью которого являются регулятивные задачи стабилизации жизненных процессов, а не более сложные преобразовательные задачи развития, являющиеся целью саморазвития, что, в целом, согласуется с положительной динамикой в структуре совладающего поведения, призванного улучшить актуальную социальную ситуацию.

Таким образом, в результате проведения второго этапа исследования можно констатировать, что использование когнитивно-поведенческой терапии является целесообразным для больных с различными эндогенными психозами, содействуя повышению реабилитационного потенциала этих пациентов за счёт гармонизации внутренней картины болезни и повышения конструктивности копинга, что, с учетом представлений о роли психологических адаптационных механизмов в структуре функционального профиля адаптации, способствует успешности социальной адаптации.

## 24 ВЫВОДЫ

1. Клинико-психопатологические (биологические) характеристики глубины психического поражения (психопатологическая «насыщенность» по результатам психометрических оценок) у больных шизофренией являются значимыми факторами, затрудняющими последующую социальную адаптацию этой группы пациентов, что отличает их от больных с шизоаффективным или биполярным расстройствами.

2. Психологические адаптационно-компенсаторные характеристики, в значительной степени определяющие приспособительное поведение, оказываются сходными у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в отношении механизмов психологической защиты, характеризуясь меньшей, чем у больных с биполярным аффективным расстройством конструктивностью и адаптивностью. В отличие от этого, внутренняя картина болезни оказывается сходной у больных шизоаффективными и биполярными аффективными расстройствами, контрастируя с более негативными тенденциями внутренней картины болезни у больных шизофренией. Наконец, используемые пациентами механизмы совладания чаще представлены как неконструктивные при шизофрении и чаще как конструктивные – при биполярном аффективном расстройстве, занимая промежуточное положение при шизоаффективном расстройстве.

3. Социальные адаптационно-компенсаторные характеристики отличаются в целом более низкими показателями (при оценке как общего функционирования по шкале GAF, так и уровня достижений в различных сферах) у больных с шизофренией и шизоаффективным расстройством (разнясь с таковыми у пациентов с биполярным аффективным расстройством), хотя по ряду параметров (компенсированные уровни социальной адаптации) социальные адаптационные характеристики больных с шизоаффективным расстройством оказываются схожими с таковыми же у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

4. Взаимовлияние различных адаптационно-компенсаторных составляющих (клинико-психопатологических, психологических и социальных) характеризуется наличием между ними значимых связей, определяющих функциональный профиль адаптации как интегративную характеристику биопсихосоциального функционирования и позволяющих в связи с этим прицельно определять «мишени» проводимой с пациентом реабилитационной работы.

5. Имеется определенная реципрокная связь между биологическими и психологическими характеристиками, определяющими в конечном счете социальную адаптацию пациентов. При этом социальная адаптация больных с шизофренией в значительной мере связана с клиническими параметрами заболевания, удельный вес которых последовательно снижается при шизоаффективном расстройстве, оказываясь минимальным – при биполярном



аффективном расстройстве. В противовес этому, психологические адаптационные характеристики имеют наибольшее значение при биполярном аффективном расстройстве, оказываясь минимально выраженными – при наличии у больных шизофрении и занимая срединное положение – при шизоаффективном расстройстве.

6. Проведение в рамках реабилитации когнитивно-поведенческой психотерапии больных эндогенными психозами способствует повышению их реабилитационного потенциала, одновременно повышая качество жизни этих пациентов.

### **Практические рекомендации**

1. Больные шизофренией, биполярным аффективным и шизоаффективным расстройством различаются по характеру биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов, что обуславливает необходимость нозологически дифференцированного применения комплексного диагностического подхода для формирования индивидуализированной реабилитационной программы.

2. В структуре биопсихосоциальных адаптационно-компенсаторных механизмов необходимо дифференцированное рассмотрение влияния клинко-психопатологических и клинко-психологических параметров на социальную адаптацию, что позволяет выявить мишени реабилитационных мероприятий.

3. В клинике эндогенных психических расстройств необходима разработка и использование индивидуализированных реабилитационных программ полипрофессионального взаимодействия, в том числе – с конструированием индивидуального функционального профиля адаптации, направленного на определение «мишеней» реабилитации больных с эндогенными психозами.

4. Оптимизации реабилитационных воздействий на больных с эндогенными психическими заболеваниями способствует использование когнитивно-поведенческой психотерапии, «мишенями» для которой будут преимущественно совладающее поведение, внутренняя картина болезни и качество жизни больных.

### ***Список основных работ, опубликованных по теме диссертации***

#### **Работы, опубликованные в журналах, рекомендованных ВАК**

1. Горбунова С.Л. Факторы адаптации у больных с эндогенными психическими заболеваниями / С.Л. Горбунова, Н.Н. Петрова, А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, Н.С. Шейнина, Н.Г. Генералова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 4. – С. 75-78.

2. Горбунова С.Л. Факторы адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями / С.Л. Горбунова // Учёные записки СПбГМУ им. акад. А.П. Павлова. – 2004. – № 4. – С.59-62.

3. Горбунова С.Л. Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями / С.Л. Горбунова, Н.Н. Петрова, А.П.

Коцюбинский, Т.А. Аристова, Н.С. Шейнина, Н.Г. Генералова // «Психиатрия». – 2005. – №5 – С. 22-25.

4. Кузнецова С.Л. Оценка эффективности психотерапии у больных с эндогенным психическим расстройством / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова, А.Ю. Склярова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 97-100.

#### **Работы, опубликованные в других печатных изданиях**

5. Горбунова С.Л. Факторы адаптации у больных шизофренией / С.Л. Горбунова, Н.Н. Петрова, Т.А. Аристова // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы всероссийской конференции с международным участием «Бехтеревские чтения на Вятке». Часть 1. – Москва – Киров, 2004. – С. 297-299.

6. Горбунова С.Л. Комплексный подход к диагностике больных эндогенными психическими расстройствами: Методическое пособие для врачей и психологов / авторы: С.Л. Горбунова, А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, М.А. Дитятковский. – СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – 49 с.

7. Кузнецова С.Л. Оценка эффективности групповой психотерапии у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова, А.Ю. Склярова, Т.А. Аристова, Е.С. Сулакшина // Клинико-организационные и теоретические проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном Федеральном округе: сборник материалов научно-практической конференции. – СПб., 2007. – С.3-4.

8. Кузнецова С.Л. Особенности механизмов адаптации при шизотипическом расстройстве / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова // Актуальные вопросы психосоматических расстройств: материалы научно-практической конференции молодых ученых ЮФО. – Ростов-на-Дону, 2010. – С. 53-54.

9. Кузнецова С.Л. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия в системе реабилитации эндогенных больных / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова // Когнитивно-поведенческая психотерапия вчера, сегодня, завтра (5-7 октября 2012 г.): сборник тезисов конференции с международным участием. – СПб., 2012. – С. 44-45.

#### **Список использованных сокращений**

Ш. – шизофрения

ШАР – шизоаффективное расстройство

БАР – биполярное аффективное расстройство

МПЗ – механизмы психологической защиты

УСА – уровень социальной адаптации

ТПП – тип приспособительного поведения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ПТ - психотерапия