

**КОМПЛЕКСНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЗИЦИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
ДИАГНОЗА. ЧАСТЬ 2¹**

Кузнецова С.Л.¹, Коцюбинский А.П.², Петрова Н.Н.³

¹ Кузнецова Светлана Леонидовна

кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-40.

E-mail: leonidovna-s@bk.ru

² Коцюбинский Александр Петрович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-40.

E-mail: AK-369@mail.ru

³ Петрова Наталия Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Университетска наб., 7-9, Санкт-Петербург, 199034, Россия. Тел.: 8 (812) 321-06-83.

E-mail: petrova_nn@mail.ru

Аннотация

Психосоциальная реабилитация в психиатрии приобрела в последние годы значение как всеобъемлющий процесс последовательного восстановления психически больных и интеграции их в общество. В имеющихся клинических рекомендациях терапии психических расстройств вопросы социальной реабилитации зачастую стоят на одном из последних, завершающих мест в ряду мер по оказанию специализированной помощи. В связи с этим, актуальной оказывается характеристика психического состояния этих пациентов с позиций холистического (целостного) биопсихосоциального подхода.

Используемый в проведенном исследовании комплексный диагностический подход наглядно продемонстрировал определенную реципрокную связь между биологическими и психологическими характеристиками, определяющими социальную адаптацию пациентов. При этом показано, что социальная адаптация больных 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 для социальной адаптации при биполярном аффективном расстройстве, оказываясь минимально выраженными — при наличии у больных шизофрении и занимая срединное положение — при шизоаффективном расстройстве. Проведение в рамках реабилитации когнитивно-поведенческой психотерапии больных эндогенными психозами способствует повышению их реабилитационного потенциала, одновременно повышая качество жизни этих пациентов.

¹ Часть 1 читайте в номере 4(51) 2018 г.

В данной работе предлагается своего рода описательная характеристика, позволяющая сформировать единый теоретически обоснованный взгляд на природу эндогенных психозов и способствующая разрешению возможных противоречий междисциплинарного характера в работе полипрофессиональной бригады. Определение функционального профиля адаптации включает оценку клинико-биологических, личностно-психологических и социальных параметров функционирования в условиях болезни и, на этом основании, позволяет сформулировать индивидуализированную программу реабилитационных мероприятий. Одним из важнейших факторов в системе реабилитационных подходов является психотерапевтическое воздействие. При этом, из всего многообразия психотерапевтических подходов у больных с эндогенными (аутохтонными) психическими расстройствами наиболее эффективным оказывается использование когнитивно-поведенческих и телесно-ориентированных методик. В данной работе проведён сравнительный анализ эффективности когнитивно-поведенческой терапии у больных с эндогенными психическими расстройствами в структуре функционального профиля адаптации.

Ключевые слова: шизофрения; шизоаффективное расстройство; биполярное аффективное расстройство; адаптационно-компенсаторные механизмы; приспособительное поведение; копинг-стратегии; внутренняя картина болезни; механизмы психологической защиты; уровень социальной адаптации; социальное функционирование; функциональный профиль адаптации; когнитивно-поведенческая психотерапия; качество жизни.

УДК 616.895.8-07

Библиографическая ссылка

Кузнецова С.Л., Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. Часть 2 // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 6. – С. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-16060

Поступила в редакцию: 30.01.2018 Прошла рецензирование: 08.09.2018 Опубликовано: 05.01.2019

Психосоциальная реабилитация в психиатрии приобрела в последние годы значение как всеобъемлющий процесс последовательного восстановления психически больных и интеграции их в общество. Вместе с тем, она всё еще сохраняет некоторую «понятийную недостаточность», так как при очевидной необходимости возможно более раннего своего начала, реабилитация часто не входит в арсенал задач специалистов, оказывающих помощь на инициальном и последующих этапах, адресуясь лишь к отдалённым и отставленным этапам медицинского сопровождения пациента, что существенно отражается на психиатрической практике [7]. Так, в имеющихся клинических рекомендациях терапии психических расстройств вопросы социальной реабилитации зачастую стоят на одном из последних мест в ряду мер по оказанию специализированной помощи [1], что, безусловно, нивелирует важность мероприятий, относящихся к реабилитационной работе, превращая реабилитацию из системообразующего, даже надсистемного, подхода в почти случайный набор отдельных методик. В связи с этим, актуальной оказывается характеристика психического состояния пациентов с позиций холистического (целостного) биопсихосоциального подхода [5; 6] с уточнением эффективности использования при этом различных реабилитационных подходов, осуществляемых в рамках терапевтической программы.

Анализ особенностей социальной адаптации больных эндогенными психозами в соответствии с методикой Е.Д. Красика, Г.В. Логвинович [4] 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 возможно, 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») [Там же] 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» [Там же]. 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 группы пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР), аналогично распределению в группе больных с шизоаффективным расстройством (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 сходной.

Анализ социальной адаптации проводился также с точки зрения его количественной составляющей с помощью шкалы общей оценки функционирования (GAF) [10] и шкалы оценки функционирования больных в различных социальных сферах [8].

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 варьировались 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.

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ представленности и взаимодействия клинико-психопатологических, клинико-психологических факторов и показателей социальной адаптации больных эндогенными психозами, в результате чего было сформулировано представление о функциональном профиле адаптации при различных эндогенных заболеваниях, схематичное изображение которого показано в таблице 1.

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 наличия внутренних взаимосвязей различных клинико-биологических, психологических и социальных адаптационно-компенсаторных механизмов и наглядно показывающим реабилитационный потенциал личности. Как представляется, показатели, используемые для анализа функционального профиля, возможно варьировать в зависимости от используемого подхода. Так, клинико-психопатологическая составляющая может быть дополнена иными, чем в данном исследовании, валидизированными шкалами или характеристиками клинической картины заболевания, что определяется целями и задачами исследования. Равным образом клинико-психологическая и социальная составляющие также могут быть дополнены, по сравнению с используемыми методиками в данном исследовании, иными шкалами, что определяется характером проводимого анализа. Наиболее существенным является то, что составление функционального профиля адаптации подразумевает оценку существующих взаимосвязей внутри данного интегративного показателя с выделением более и менее значимых элементов, что позволяет индивидуализировать профиль и использовать его в качестве диагностического инструмента для оценки реабилитационного потенциала группы больных или отдельного индивидуума.

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 с этим 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 следующих сферах: профессиональной ($R = 0,45$; $p < 0,05$), межличностных отношений ($R = 0,42$; $p < 0,05$), а кроме того, в 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 взаимосвязана 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 $R = 0,83$ соответственно, $p < 0,05$), 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: 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 в сексуальной сфере ($R = 0,54$; $p < 0,05$).

При шизоаффективном расстройстве клинико-психопатологический показатель прогредиентности заболевания (умеренная) оказывал значительное влияние на формирование условно-компенсированного уровня социальной адаптации ($R = 0,62$; $p = 0,04$). Анализ имеющихся корреляций в клинико-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 $R = 0,75$ соответственно, $p < 0,05$); 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 клинико-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 клинико-психологического и социального 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 $R = 0,92$ соответственно, $p < 0,05$); 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 $R = 0,52$ соответственно, $p < 0,05$).

Анализируя вышеизложенное, можно прийти к следующим выводам.

Во-первых, отмечается наличие общих характеристик нарушений психологической адаптации, существенных для всех сравниваемых групп пациентов с эндогенными расстройствами.

Во-вторых, влияние на социальную адаптацию клинических (биологических) параметров заболевания последовательно уменьшается от максимально выраженного при шизофрении и минимально выраженного — при биполярных аффективных расстройствах, оказываясь умеренно выраженным при шизоаффективном расстройстве. При этом влияние на социальную адаптацию факторов психологической адаптации оказывается реципрокным, минимально выражено при шизофрении и максимально выражено при биполярном аффективном психическом расстройстве.

В-третьих, степень дезадаптивности психологической адаптации при шизофрении определяется нарушениями во всех рассматриваемых клинико-психологических механизмах: нарушениями глубинных неосознаваемых механизмов психологической защиты, неадаптивностью внутренней картины болезни, нарушениями в структуре приспособительного поведения и копинга. В отличие от этого, при биполярном аффективном расстройстве доминирующими клинико-психологическими факторами адаптации являются внутренняя картина болезни и психологическая защита.

В-четвёртых, индивидуальная интегративная диагностика значимых компонентов адаптации позволяет прогнозировать социальную адаптацию в целом в каждом конкретном случае и, благодаря формированию определенных «западений», делает возможной обоснованную оптимизацию реабилитационных мероприятий, направленных на гармонизацию психологической адаптации, акцентируясь при этом на коррекцию конкретных её компонентов, т.е. на формировании индивидуализированных «мишеней» лечебно-реабилитационных мероприятий.

В практическом смысле формирование индивидуального функционального профиля адаптации позволяет не только провести анализ адаптационного потенциала пациента, но и сформулировать основанные на нем рекомендации интегративной реабилитационной программы. Анализ полученных данных позволил выявить важность когнитивно-поведенческого психотерапевтического подхода для всех исследуемых больных.

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 психотерапия (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 явилась «Методика функциональной тренировки поведения» [2], модифицированная в соответствии с задачами исследования. Сущность модификации заключалась в смещении акцента в проводимой КПТ 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 психотерапии были включены 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 КПТ, которая была более выраженной, чем у 40 пациентов группы сравнения, имевших сходную клиническую картину, но не участвовавших в психотерапевтических интервенциях и ограничившихся лишь использованием психофармакотерапевтических препаратов. При этом положительная динамика психического состояния больных шизофренией и ШАР, участвовавших в психотерапевтической работе (по шкале PANSS, [12]), прослеживалась в отношении как негативной, так и общей психотической симптоматики.

По шкале общего клинического впечатления (CGI, [11]) исходная степень выраженности психопатологических проявлений в группе больных, прошедших КПТ, оценивалась как «умеренная» (4,1 балла), в группе сравнения она 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 о результате проводимой КПТ, так как общепризнанным является представление о главенствующей роли в этом отношении психофармакологической терапии.

Однако особенности психологического статуса 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 ($67,7 \rightarrow 56,9$ и $57,2 \rightarrow 46,6$ процентиля соответственно, $p < 0,05$). Это 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 ($60,5\% \rightarrow 65,5\%$; $p < 0,05$), а на уровне статистической тенденции — поиска социальной поддержки ($65,8\% \rightarrow 68,5\%$; $p < 0,1$) и планирования решения проблемы ($53,2\% \rightarrow 55,2\%$; $p < 0,1$). 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» ($53,4\% \rightarrow 47,6\%$; $p < 0,05$) и «Бегство-избегание» ($52,9\% \rightarrow 46,6\%$; $p < 0,05$).

Изменения во внутренней картине болезни проявились в значимом уменьшении выраженности (ТОБОЛ, баллы) ипохондрического ($13,1 \rightarrow 10,9$; $p < 0,05$), 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 в уменьшении 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 клинико-психологической адаптационно-компенсаторной модели.

В проведенном исследовании изучалось также качество жизни пациентов, рассматриваемое как субъективная оценка социальной адаптации пациентов и имеющее, как отмечает А.Б. Шмуклер [9], 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. Это, 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 психотерапии 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.

Литература

1. Александровский Ю.А. Клинический метод в психиатрии // Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 26–29.
2. Гончарская Т.В. Методика функциональной тренировки поведения: методические рекомендации. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1988. – 17 с.
3. Коцюбинский А.П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 22–32.
4. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной шизофренией. – Томск: Томск. гос. университет, 1991. – 185 с.
5. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб.: Первоцвет, 2009. – Т. 1. – С. 32–36.
6. Психиатрия консультирования и взаимодействия: оценка потребностей и организации службы / Н.П. Ванчакова, А.П. Попов, Г.Р. Гелазония [и др.] // Клиническая больница. – 2013. – № 1(4). – С. 37–38.
7. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство: коллективная монография / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – Москва: Медпрактика-М, 2015. – 420 с.
8. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.]. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
9. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – № 5. – С. 43–51.
10. Aas I.H.M. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF) // Annals of General Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, № 1. – P. 2. DOI: 10.1186/1744-859X-10-2
11. Guy W. Clinical Global Impressions // ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised / ed. by W. Guy. – Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1976. – P. 218–222.
12. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr Bull. – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261–276.

Functional biopsychological assessment of patients with endogenous mental disorders based on functional diagnosis: comprehensive diagnostic approach. Part 2

Kuznezova S.L.¹
E-mail: leonidovna-s@bk.ru

Kozubinsky A.P.¹
E-mail: AK-369@mail.ru

Petrova N.N.²
E-mail: petrova_nn@mail.ru

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology
3 Bekhterev St., Saint Petersburg, 192019, Russia
Phone: +7 (812) 670-02-40

² Saint Petersburg State University
7-9 Universitetskaya Embankment, Saint Petersburg, 199034, Russia
Phone: +7 (812) 321-06-83

Abstract. Psychosocial rehabilitation in psychiatry has gained importance in recent years as a comprehensive process of consistently restoring the mentally ill and integrating them into society. At the same time, it still retains some "conceptual insufficiency", since, if it is obviously necessary to start as early as possible, rehabilitation is often not included in the Arsenal of tasks of specialists who provide assistance at the initial and subsequent stages, addressing only to the remote and delayed stages of medical support of the patient, which significantly affects psychiatric practice. As a rule, psychiatric disorders are often associated with the provision of specialized care, which, of course, does not require special measures related to rehabilitation work, the transformation of rehabilitation from a system-forming, even super-system, approach into an almost random set of individual techniques. In this regard, it is relevant to characterize the mental state of these patients from the standpoint of holistic biopsychosocial approach with clarification of the effectiveness of the use of various rehabilitation approaches implemented within the framework of the therapeutic program. This paper proposes this kind of descriptive characteristic, which allows to form a single theoretically substantiated view of endogenous psychosis and a way to resolve the emergence of a controversial interdisciplinary character in the work of a polyprofessional brigade. The definition of a functional profile includes an assessment of clinical, biological, personal, psychological and social parameters of functioning in the conditions of the disease and, on this basis, allows us to formulate an individualized program of rehabilitation measures. One of the most important factors in the system of rehabilitation approaches is psychotherapeutic influence. At the same time, of all the various psychotherapeutic approaches in patients with endogenous (autochthonous) mental disorders, cognitive-behavioral and body-oriented methods are most effectively used. In this paper, a comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy of patients with endogenous mental disorders in the functional profile of adaptation.

Key words: schizophrenia; schizoaffective disorder; bipolar affective disorder; adaptive-compensatory mechanisms; adaptive behavior; coping strategy; internal picture of the disease; psychological defense mechanisms; level of social adaptation; social functioning; functional profile of adaptation; cognitive-behavioral therapy; quality of life.

For citation

Kuznezova S.L., Kozubinsky A.P., Petrova N.N. Functional biopsychological assessment of patients with endogenous mental disorders based on functional diagnosis: comprehensive diagnostic approach. Part 2. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 6, p. 6. doi: 10.24411/2219-8245-2018-16060 [in Russian, abstract in English].