

На правах рукописи

Калмыкова Инга Юрьевна

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА
ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С
ПЕРЕЖИВАНИЕМ СВОЕЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ**

14.01.06 – психиатрия (медицинские науки)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Бурно Марк Евгеньевич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Полищук Юрий Иосифович**

доктор медицинских наук, профессор **Джангильдин Юрий Тангирович**

Ведущее учреждение:

ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Росздрава».

Защита состоится **29 сентября 2010 г.** в **12 часов** на заседании диссертационного совета Д 208.044.01 при ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Автореферат разослан «___» _____ 2010 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук

Т.В. Довженко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность. Существенные перемены последних десятилетий в мировой и отечественной психиатрии (прежде всего, в лечении хронических больных шизофренией) сказались в насущном становлении и развитии психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. (2004)). Необходимость этих перемен обусловлена тем, что психофармакотерапия, купируя и предупреждая острые психотические расстройства, существенно смягчая страдание, тем не менее, продолжает помогать в определённой степени симптоматически (Арана Дж., Розенбаум Дж., 2004). Инвалидизирующихся «хроников» меньше не становится (Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2007). Подавляющее большинство этих больных – больные шизофренией. Самой частой среди всех форм шизофрении является приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения (Сергеев И.И., Лакосина Н.Д., Панкова О.Ф., 2009). Шубообразная шизофрения выделена и классически описана А.В. Снежневским, его последователями, учениками. По МКБ-10 – это параноидная шизофрения с эпизодическим (приступообразным) течением. В клинических беседах с этими больными вне приступа у многих из них обнаруживается способность к сложным переживаниям (Блейер Э., 1911; Кречмер Э., 1921; Фаворина В.Н., 1965). Они тягостно лично переживают вне приступа, в состоянии ремиссии свою гнетущую неполноценность среди здоровых людей и просят помочь им обрести радость жизни и возможный смысл своего существования. Сфера сложных внутренних переживаний при психических болезнях непосредственно мало затрагивается в психиатрии, хотя многим понятно, что именно вдохновение, смысл существования может оказать благотворное серьёзное влияние на состояние больного шизофренией в целом. Анализ доступной нам литературы не обнаружил более или менее подробно методично разработанный клинко-психотерапевтический метод повышения качества *психической* жизни больных хронической шизофренией с переживанием своей неполноценности.

Мы присоединяемся к убеждению Ю.И. Полищука (2008) о необходимости "активной разработки гуманитарного аспекта психиатрии и гуманитарных основ психосоциальной терапии и реабилитации". Настоящее исследование посвящено попытке разработать в дополнение к стандартам биологической и принятой сегодня психосоциальной помощи (Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., 2007) особый психотерапевтический стандарт повышения *качества психической жизни* указанных хронических больных. *Психическое* в соответствии с современным «Психологическим лексиконом» (под общ. ред. А.В. Петровского (2005)) понимается как "взаимосвязь душевного и телесного", как "нерасторжимость объективного и субъективного атрибутов бытия" (Ярошевский М.Г., Петровский В.А., с.27). Т.е., по существу, *психическое* – есть «душевное» в материалистическом (клиническом) понимании как вторичное по отношению к материальному (телесному).

Основным главным критерием психического (душевного) качества жизни является *субъективное* представление больного о его душевной жизни – при условии, что это представление имеет под собой твёрдую реальность, не обусловлено такими психотическими расстройствами, как маниакальное состояние, бред величия, парафренные расстройства и т.п. (Кондратьев Ф.В., 2005).

Подпрограммой «Психические расстройства» в составе Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2007-2011 годы», утверждённой Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 №280, предусмотрено проведение научно-исследовательских работ, в том числе, с целью «внедрения методик организации психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации». Всё это, думается, делает наше исследование современным и актуальным.

Цель исследования. Повысить качество психической жизни больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением, стабильным дефектом вне полной ремиссии с помощью разработанного оригинального метода варианта Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ).

Задачи исследования:

1. Изучить клинические особенности указанных больных, предрасполагающие их стремиться к улучшению качества психической жизни, к терапии творчеством.
2. Разработать в процессе исследования краткосрочный (3 мес.) особый вариант метода Терапии творческим самовыражением М.Бурно (ТТСБ) для улучшения качества психической жизни больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением стабильным дефектом вне полной ремиссии, который должен клинически отвечать переживаниям пациентами своей неполноценности, бессмысленности существования.
3. Выявить основные особенности нового сложившегося метода-варианта.
4. Доказать терапевтическую эффективность разработанного метода-варианта ТТСБ.

Научная новизна исследования.

Впервые разработан вариант метода ТТСБ, показанный для больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением вне приступа. Предложена методика оценки терапевтической эффективности данного варианта ТТСБ, основывающаяся на клинико-психотерапевтическом исследовании, психометрических шкалах и опросниках. Установлены и сформулированы особенности улучшения качества психической жизни указанных хронических больных, достигнутого в результате психотерапии по разработанному нами методу.

Практическая ценность исследования.

Подробно изложены технология применения метода, показания и противопоказания к его применению. Определены клинические особенности расстройств в ремиссии указанных больных. Даются подробные описания индивидуальных занятий и особенно занятий группы творческого самовыражения, описания применения конкретных творческих методик, сообщается о материально-техническом обеспечении метода. Данный стандартный метод может быть использован во внебольничной психиатрии,

психотерапии врачами и специально обученными клиническими психологами вместе со специалистами по социальной работе. И особенно – в бригадной работе.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Клиническими особенностями неполных ремиссий больных, мотивированных к настоящему методу, являются переживание своей неполноценности (дефензивность), преобладание неврозоподобных расстройств над психопатоподобными, депрессивные расстройства с преобладанием тревожного и апатического аффектов, стремление к обретению смысла жизни.

2. Разработанный краткосрочный (3 месяца) вариант ТТСБ для больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением в неполной ремиссии со стабильным дефектом повышает качество психической жизни указанных пациентов и может применяться как психотерапевтическое дополнение к принятому стандартному лечению.

3. Особенности настоящего варианта ТТСБ являются: упрощение требований врача к изучению с пациентами элементов характерологии и психиатрии; побуждение к *свободному* (без подробного анализа клиники и характерологических радикалов) *поиску* своего личностного своеобразия, своей уникальности; побуждение к лечебно-творческому, смягчающему напряжению, отношению к пережитым в приступе острым психотическим расстройствам.

4. Применение метода-варианта ТТСБ обнаруживает её клиническую и социальную эффективность.

Внедрение результатов исследования в практику.

Разработанный метод внедрён в практику амбулаторных психотерапевтических отделений НД №1, ПБ №3, ПБ№12, в учебно-методическую работу кафедры психотерапии и сексологии РМАПО, в учебно-методическую работу кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ.

Публикация и апробация результатов исследования.

По материалам исследования опубликовано 7 работ, в том числе учебное пособие для врачей (в соавторстве с М.Е. Бурно), изданное в 2009 году Минздравом РФ и РМАПО. Список работ приведён в конце автореферата.

По теме диссертации сделано 12 сообщений на кафедральных конференциях и клинико-терапевтических разборах (2007-2009), семинарах с врачами-слушателями РМАПО, заседаниях секций ТТС Профессиональной психотерапевтической лиги, 2 доклада на Консторумских чтениях (2007 г., 2008 г.), доклад на конференции «Ковалёвские чтения» (2008 г.), доклад на Международном Конгрессе «Вся психотерапия и психологическое консультирование» (2008 г.) и доклад на Международной конференции «Психотерапия и консультирование: технологии и духовное измерение» (2009 г.). Работа апробирована на заседании проблемной комиссии «Клинико-патогенетические основы психических заболеваний» ФГУ «Московский научно-исследовательский института психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» 2 июня 2010 года.

Объём и структура работы.

Диссертация изложена на 326 страницах печатного текста. Основной текст содержит 233 страниц, состоит из Введения, 4 глав («Обзор литературы», «Общая характеристика материала и методы исследования», «Материалы собственных исследований», «Результаты исследования и их обсуждение»), Заключения, Выводов и Практических рекомендаций. В приложении к диссертации приведена регистрационная карта и таблицы с представленными в цифрах клинико-психотерапевтическим материалом до лечения и после лечения. Текст иллюстрирован 14 таблицами, 22 рисунками и 3 историями болезни с подробным анализом лечения по данному методу. Библиографический указатель содержит 272 источников (207 работ на русском и 65 работ на иностранных языках).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование больных основной группы (60 человек) проводилось на протяжении 3-х лет (2007г. – 2010г.) в "стационаре дневного пребывания с углубленной психотерапией" (СДПУП) НД №1 ЮАО г. Москвы. Исследование больных контрольной группы (40 человек) проводилось на протяжении 3-х лет (2007 г. – 2010 г.) в ПНД №5 САО г. Москвы.

Для исследования отбирались больные параноидной шизофренией с эпизодическим (приступообразным) течением, со стабильным дефектом и с частичной (неполной) ремиссией (F 20.0 x 2 x 4).

Критериями исключения пациентов из исследования служили: стойкие суицидальные намерения; глубокий дефект, препятствующий лечебным занятиям с помощью данного метода; выраженные психопатоподобные расстройства, способствующие тяжёлым конфликтам в психотерапевтической обстановке.

Группы пациентов, в целом, не имели существенных отличий по основным гендерным, клиническим и социальным характеристикам и могут считаться сопоставимыми. Больные обеих групп получали психофармакотерапию в ПНД, не обнаруживающую значимых различий по спектру используемых препаратов и интенсивности назначений.

Общая характеристика материала исследования представлена в Таблице 1.

Таблица 1. Общая характеристика клинко-психотерапевтического материала.

Основные характеристики		Исследуемая группа 60 (100%)	Контрольная группа 40 (100%)
Пол	мужской	34 (56,6)	21 (52,5)
	женский	26 (43,3)	19 (47,5)
Средний возраст		30,46±7,94	30,5±8,44
Образование	среднее образование	3 (5)	2 (5)
	среднее специальное образование	14 (23,3)	9 (22,5)
	незаконченное высшее образование	12 (20)	10 (25)
	высшее образование	31 (51,6)	19 (47,5)
Профессиональная группа	не работает и не учится	19 (31,6)	13 (32,5)
	учащийся (студент)	8 (13,3)	5 (12,5)
	рабочий	7 (11,6)	6 (15)
	служащий (врач, учитель, научный работник и т.д.)	5 (8,3)	3 (7,5)
	представитель творческой профессии	4 (6,6)	1 (2,5)
	предприниматель	3 (5)	2 (5)
	инвалид	14 (23,3)	10 (25)
Семейное положение	холост	29 (48,4)	23 (57,5)
	разведен	10 (16,6)	8 (20)
	женат	21 (35)	9 (22,5)

Пациентам обеих групп проводилось клинко-диагностическое исследование (включая регистрационную карту) и дополнительные методы клинического

исследования (шкалы, опросники); клинико-психотерапевтическое (изучение клиники в процессе психотерапии) исследование; психометрическое экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование (общее психологическое исследование); соматическое и неврологическое; клинико-катамнестическое и статистическое исследование.

Использовались специализированные психометрические шкалы (краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS); шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS); шкалы Гамильтона и Цунга для оценки степени депрессии и тревоги; шкала Калгари для оценки депрессии при шизофрении) и опросники (вопросник ВОЗЖК-100 («Качество Жизни», Версия «Февраль - 1995», Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева); «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (МНИИ психиатрии, И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, 2001); Опросник, составленный на основе опубликованного прежде Опросника для оценки эффективности ТТСБ (из методических рекомендаций Минздрава СССР, 1988); краткий характерологический опросник (М.Е. Бурно, 2007, 2008)).

Для статистической обработки полученных данных использовались программы «Microsoft Excel», «Statistica 6».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

При изучении характерологических свойств, у пациентов обеих групп обнаружилось преобладание психастенических и аутистических черт, которые включали в себя: тягостное переживание своей неполноценности, неуверенность, нерешительность, застенчивость, ранимое самолюбие; склонность к аутистическому мышлению и чувствованию ("психэстетическая пропорция"), к самоанализу, к тревожным нравственно-этическим переживаниям, размышлениям, исканиям.

У больных обеих групп отмечалось углубление психастенических (дефензивных) черт (у 60% больных исследуемой группы и у 57,5% – контрольной). Преобладали астенический (36% в контрольной группе, 21% в

исследуемой) и психастенический (14% в контрольной группе, 9% в исследуемой) типы ремиссии, в которых отмечается преобладание дефензивности.

При изучении клинических личностных нарушений (Таблица 2), обнаруживающихся в ремиссиях, у пациентов выявлены психастеноподобные (дефензивные) расстройства (неврозоподобные, аффективные), отмечено преобладание тревожного и апатического депрессивного аффекта, преобладание неврозоподобных расстройств над психопатоподобными. Многие пациенты употребляли алкоголь и наркотики без зависимости для снятия душевной напряжённости, для «оживления души».

Таблица 2. Клинические проявления.

Клинические проявления	Исследуемая группа 60 (100%)	Контрольная группа 40 (100%)
Переживание изменённости	56 (93,3)	26 (65)
Переживание «незначимости и никчёмности»	51 (85)	21 (52,5)
Переживание бессмысленности, бесцельности жизни	49 (81,6)	16 (40)
Тягостное переживание своей неполноценности	54 (90)	23 (57,5)
Желание вернуться к себе, желание душевно ожить	57 (95)	12 (30)
Переживание одиночества	53 (88,3)	19 (47,5)
Душевная напряжённость, боль	46 (76,6)	29 (72,5)
Отсутствие радости, удовольствия от жизни	42 (70)	24 (60)
Напряжённое «страдающее» безразличие на душе	51 (85)	28 (70)
Апатическая тоскливость	54 (90)	31 (77,5)
Чувство презрения, ненависти к себе	56 (93,3)	16 (40)
Чувство тревоги	52 (86,6)	34 (85)
Бездеятельность по временам или подолгу	36 (60)	33 (82,5)
Неврозоподобные расстройства (навязчивые страхи, мысли и др., ипохондрические расстройства, истероневрозоподобные)	52 (86,6)	30 (75)
Психопатоподобные расстройства (агрессивность, конфликтность и др.)	21 (35)	14 (35)
Употребление алкоголя, наркотиков	29 (48,3)	11 (27,5)

Пациенты исследуемой группы чаще особенно переживают по поводу своей изменённости, «незначимости и никчёмности», бесцельности и бессмысленности жизни. Большинство пациентов исследуемой группы, в отличие от контрольной, испытывают желание "вернуться к себе" и "желание душевно ожить" (в исследуемой группе 95% пациентов, в контрольной – 30%).

Интересы и склонности пациентов обеих групп представлены в Таблице 3.

Таблица 3. Распределение пациентов по сфере интересов и склонностей.

Интересы и склонности (включая досуг)		Исследуемая группа 60 (100%)	Контрольная группа 40 (100%)
Технические		7 (11,6)	5 (12,5)
Естественнонаучные		9 (15)	4 (10)
Гуманитарные	Литература и искусство	25 (41,6)	9 (22,5)
	Религия	17 (28,3)	8 (20)
	Психология	8 (13,3)	2 (5)
Творческие	Литературное творчество	19 (31,6)	5 (12,5)
	Фотографирование	14 (23,3)	6 (16)
	Рисование	16 (26,6)	9 (22,5)
	Путешествия, прогулки	5 (8,3)	2 (5)
Отсутствие выраженных интересов и склонностей		21 (35)	19 (47,5)

Некоторая разница в процентном соотношении профессиональной группы, клинических личностных проявлений и сферы интересов пациентов исследуемой и контрольной групп (таблицы 1-3) позволяет сказать, что в исследуемую группу изначально стремились лица с более высоким интеллектуально-духовным потенциалом, с тяготением к познанию себя, своих душевных переживаний, к творчеству и заинтересованные в методе. Они активно ищут «иной, не лекарственный, путь посветления души», тянутся к «психотерапии оживлением души».

В неполной ремиссии пациентов всегда отчётливо звучит переживание своей неполноценности как показание к психотерапевтической помощи.

В результате исследования-лечения сложился *краткосрочный метод-вариант Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ)* для работы с больными параноидной шизофренией с эпизодическим течением при неполной ремиссии.

Лечение пациентов исследуемой группы с помощью разработанного нами метода варианта ТТСБ включало в себя: 1. Индивидуальные беседы в духе ТТС (о душевных переживаниях, интересах, о данном методе, о помощи в осмыслении происходящего в процессе данного лечения и т.п.) – 1 раз в неделю по часу, всего 12 встреч; 2. Творческие домашние задания (пособием для пациентов и психотерапевтов является «учебник» «О характерах людей» (Бурно М.Е., 1998, 1999, 2005, 2008); 3. Группа творческого самовыражения – 2 раза в неделю по 2,5

часа (всего 24 занятия, в группе 8-12 человек); 4. Психотерапевтический театр; 5. Сеансы гипноза-отдыха как части ТТСБ (Бурно М.Е., 2010) с кратким повторением в сеансе основ ТТС. Всё это проводилось одновременно в течение 3-х месяцев. Всё остальное лечение (включая лекарства) оставалось за ПНД.

Существо варианта метода ТТСБ состоит в психотерапевтическом изучении вместе с пациентами (в разнообразном творческом самовыражении) различных картин своего меняющегося душевного состояния. Изучалась пациентами под руководством врача и полифоническая личность больных, в которой преобладали то одни, то другие характерологические радикалы. Творческий поиск себя (без углубления в подробности характерологии) помогал "возвращаться к себе", "чувствовать себя собою" и выражать себя по-своему, обретая творческое целительное вдохновение, смысл жизни, "свой путь". Воспитание у многих пациентов творческого отношения к острому психотическому, пережитому в приступе (по примеру великих "товарищей по психозу" (например, Гоголь, Чурлёнис)), смягчало напряжённость, страхи при воспоминании о перенесённых приступах. Становилось возможным это психотическое описывать и рисовать. Возникающие в процессе психотерапии смягчения, посветления душевного состояния уменьшали, ослабляли переживания по поводу своей "стигматизации". Болезнь обретала смысл в творчестве, которое лечило.

Основными, самыми частыми, конкретными методиками терапии творчеством были для пациентов, по их выбору, терапия созданием творческих произведений (фотография, живопись, поэзия, проза), терапия творческим общением с природой, терапия творческим поиском одухотворённости в повседневном. «Творческий» означает здесь всюду познание-поиск самого себя в разнообразном творческом самовыражении – с целью найти свою вдохновенно-целительную жизненную дорогу. «Творческое» – это всегда неповторимое, *по-своему*, сообразно особенностям своей природы. Если пациенты усваивают хотя бы "крошки" содержательного обсуждения в группе, уже, как правило, возникает

благотворное посветление души, обретение хотя бы "искр смысла". И это остаётся в пациенте, всплывая впоследствии и побуждая к творчеству с изучением себя.

Вариант метода ТТСБ для больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением как оригинальный самостоятельный метод имеет *существенные особенности*.

1. Определённое упрощение информации и обобщения при изучении с пациентами элементов характерологии и клиники с одновременным обогащением творческими художественными и свободными, неожиданно "философическими" ("глубокомысленными"), часто связанными с природой, размышлениями, переживаниями, благодаря которым пациенты всё яснее чувствуют себя собою, что оживляет их, теснит их тревожно-апатическую дефензивную депрессивность-неопределённость, способствует обретению смысла жизни. Указанные пациенты (в отличие от психопатических, шизотипических) с трудом постигают психопатологические и характерологические особенности, поскольку их собственные, полифонические, "характеры" изменчивы, мышление расплывчато, достаточно разлажено для необходимого психотерапевтического обобщения в такой сложной, тонкой области познания. Они пытаются постигать особую природу своего личностного, аффективно-неврозоподобного душевного расстройства – в основном, не столько мыслительно, столько в художественно-эмоциональном аспекте. Характерологические радикалы тут необходимо, не напрягаясь мыслительно, научиться хотя бы чувствовать. Чувство этих радикалов, всё же даёт какую-то опору в неопределённости.

2. Усиление в методе процесса самого *поиска* своего личностного своеобразия, а не конечного результата (например, "какой же у меня характер?"). Нередко при этом сам поиск целительнее находки.

3. Неназойливое воспитание в осторожном изучении с пациентами картины приступа, творческого "делового" отношения к пережитым в приступе тягостным острым психотическим, нередко зловещим, переживаниям – всё это смягчает напряжённость, страхи при воспоминаниях о приступе.

Вариант метода ТТСБ смягчает переживания пациентов (прежде всего инвалидов) по поводу своей «выброшенности» из «душевно здорового полноценного человечества» (проблема «клейма», «стигмы», своей «психиатрической неполноценности»). Проникаясь этим психотерапевтическим методом, пациенты всё более убеждаются в том, что слишком много в истории духовной культуры человечества открыто, создано душевнобольными гениями и талантами и – именно благодаря их больной душе, её страданиям, которые посилено-стихийно лечились собственным творчеством. Без этого невольного самолечения творчеством страдальцу трудно было бы выжить. Появляется желание попробовать идти уже лечебно-осознанно этой же дорогой терапии творчеством, пусть самым скромным творчеством, исходя из особенностей своей душевной природы, своего страдания.

К концу краткосрочного курса у многих пациентов, живущих вне приступа, возникает, устанавливается более или менее стойкое оживление, желание делать добро, жить с каким-то смыслом, во имя чего-то важного для них. Лишь на время это смывается очередным приступом. Возможно довольно быстро восстановить, возродить прежнее «светлое богатство» в душе. Это «светлое богатство», в сущности, и есть повышение качества психической жизни.

Оценка эффективности лечения пациентов по данному варианту метода ТТСБ осуществлялась по следующим параметрам: 1. Динамика клинических показателей. 2. Динамика социального функционирования и качества жизни больных. 3. Динамика творческих показателей. 4. Устойчивость достигнутого в результате лечения улучшения состояния пациентов в катамнезе.

Анализ полученных результатов показал, что разработанный вариант метода ТТСБ положительным образом повлиял на динамику оцениваемых параметров.

В исследуемой группе статистически снизился общий балл клинических проявлений ($2,6 \pm 0,52$ vs. $1,2 \pm 0,43$, $p < 0,01$) относительно неизменного в контрольной ($1,2 \pm 0,43$ vs. $2,5 \pm 0,78$; $p > 0,05$). Вариант метода ТТСБ способствует статистически достоверному ($p < 0,01$) снижению переживания больными по

поводу своей изменённости ($3,4 \pm 0,68$ vs. $1,5 \pm 0,50$), неполноценности ($2,7 \pm 1,01$ vs. $1,4 \pm 0,54$), «незначимости и никчёмности» ($2,5 \pm 0,95$ vs. $1,3 \pm 0,44$), одиночества ($2,4 \pm 0,82$ vs. $1,1 \pm 0,32$), бессмысленности и бесцельности жизни ($3,0 \pm 0,87$ vs. $1,5 \pm 0,51$), бездеятельности ($3,2 \pm 0,67$ vs. $1,3 \pm 0,48$). В исследуемой группе произошло достоверное ($p < 0,01$) снижение тревожного и апатического аффектов: уменьшилась тревога ($2,9 \pm 0,74$ vs. $1,2 \pm 0,43$), апатическая тоскливость ($2,9 \pm 0,83$ vs. $1,2 \pm 0,43$), душевная напряжённость и боль ($2,8 \pm 0,79$ vs. $1,3 \pm 0,45$); напряжённое «страдающее» безразличие ($2,4 \pm 0,92$ vs. $1,3 \pm 0,46$). Наметилась тенденция к благоприятной динамике неврозоподобных ($2,7 \pm 0,89$ vs. $1,4 \pm 0,50$) и психопатоподобных расстройств ($2,8 \pm 0,70$ vs. $1,1 \pm 0,35$, $p < 0,05$). У больных исследуемой группы ещё нередко сохранялось желание вернуться к себе, желание душевно ожить (90% vs. 95% , $p > 0,05$), но это возможно объяснить и тем, что поначалу они ещё не способны довольствоваться сравнительно небольшим улучшением, хотелось бы избавиться от болезненного совсем.

При сравнении выраженности депрессивных и тревожных расстройств, по всем соответствующим шкалам Гамильтона, Цунга и Калгари, отмечалось статистически достоверное снижение этих показателей после лечения в обеих группах ($p < 0,01$). Однако клинически, в подробных беседах с больными исследуемой группы выясняется, что, даже когда тревожно-депрессивные переживания у них усиливаются, то они уже по-другому, более оптимистически, с надеждой на лучшее воспринимаются (т.н. "экзистенциальная ремиссия").

Общий балл выраженности клинических симптомов, отражающихся в краткой психиатрической оценочной шкале (BPRS), достоверно снизился как в исследуемой группе ($54,1 \pm 8,05$ vs. $29,5 \pm 5,10$, $p < 0,01$), так и в контрольной ($53,3 \pm 9,01$ vs. $34,9 \pm 11,0$, $p < 0,01$). Однако, по редукции некоторых клинических симптомов между группами после лечения отмечается достоверная разница ($p < 0,01$). В исследуемой группе к концу лечения достоверно снизился средний балл по шкалам: «эмоциональный уход в себя» ($4,7 \pm 0,97$ vs. $1,4 \pm 0,48$, $p < 0,01$) при неизменном в контрольной ($4,6 \pm 0,76$ vs. $4,1 \pm 0,76$; $p > 0,05$); «снижение установки на сотрудничество с врачом» ($3,1 \pm 0,83$ vs. $1,1 \pm 0,22$, $p < 0,01$) при относительно

неизменном в контрольной ($3,2 \pm 0,86$ vs. $2,8 \pm 0,66$, $p > 0,05$); «чувство вины» ($4,7 \pm 1,08$ vs. $2,0 \pm 0,71$, $p < 0,01$) при статистически незначимом изменении в контрольной ($4,6 \pm 1,27$ vs. $3,8 \pm 1,58$, $p > 0,05$). У больных исследуемой группы отмечалось улучшение коммуникативности, появление тёплых отношений с собеседником, снижение озабоченности относительно прежнего поведения. Больным стало легче устанавливать эмоциональный контакт в обстановке общения, повысилась готовность сотрудничать с врачом.

В процессе терапии в обеих группах отмечена достоверная статистически значимая ($p < 0,01$) редукция показателей по каждой из субшкал шкалы PANSS: уменьшился средний балл по шкале общих психопатологических синдромов (в исследуемой группе – $48,4 \pm 7,20$ vs. $27,5 \pm 4,29$, в контрольной – $47,4 \pm 6,4$ vs. $30,5 \pm 5,00$), по шкале позитивных синдромов (в исследуемой группе – $10,1 \pm 2,92$ vs. $7,7 \pm 1,91$, в контрольной – $9,8 \pm 2,09$ vs. $8,7 \pm 2,93$) и по шкале негативных синдромов (в исследуемой группе $17,1 \pm 6,18$ vs. $13,2 \pm 4,60$, в контрольной – $20,3 \pm 7,03$ vs. $15,4 \pm 3,98$). Однако отмечается статистическая разница ($p < 0,01$) между группами после лечения по некоторым негативным синдромам (шкала PANSS). В исследуемой группе произошло статистически значимое снижение показателей: «эмоциональная отгороженность» ($3,1 \pm 0,87$ vs. $1,8 \pm 0,65$, $p < 0,01$) при неизменном в контрольной ($3,2 \pm 0,79$ vs. $2,6 \pm 0,45$, $p > 0,05$); «трудности в общении (малоконтактность, некоммуникабельность)» ($3,5 \pm 1,19$ vs. $2,0 \pm 0,96$, $p < 0,01$) при статистически незначимом изменении в контрольной ($3,5 \pm 1,11$ vs. $2,8 \pm 0,74$, $p > 0,05$); «пассивно-апатическая социальная отгороженность» ($3,8 \pm 1,19$ vs. $2,2 \pm 0,84$, $p < 0,01$) при неизменном в контрольной ($3,9 \pm 1,05$ vs. $2,7 \pm 0,85$, $p > 0,05$). У больных исследуемой группы появлялся интерес к жизненным явлениям, участие в них и ощущения эмоциональной сопричастности к ним. Больные становились более открытыми и откровенными в разговорах с людьми, проявляли сопереживания, интерес и участие к собеседнику, что способствовало налаживанию межперсональных контактов, повышению общительности.

Обнаружена статистическая разница ($p < 0,01$) между группами после лечения и по некоторым общим психопатологическим синдромам (шкала PANSS). В

исследуемой группе отмечалось статистическое снижение следующих синдромов: «малоконтактность (отказ от сотрудничества, малообщительность)» ($3,2 \pm 0,85$ vs. $1,6 \pm 0,67$, $p < 0,01$) при незначительном изменении в контрольной группе ($2,9 \pm 1,0$ vs. $2,7 \pm 1,67$, $p > 0,05$); «чувство вины» ($3,4 \pm 0,72$ vs. $1,7 \pm 0,46$, $p < 0,01$) при меньшем статистически значимом снижении в контрольной группе ($3,4 \pm 0,75$ vs. $2,6 \pm 0,87$, $p < 0,05$); «снижение критичности к своему состоянию» ($3,2 \pm 0,61$ vs. $1,3 \pm 0,48$, $p < 0,01$) при статистически меньшем изменении в контрольной группе ($3,3 \pm 0,77$ vs. $1,9 \pm 0,59$, $p > 0,05$); «загруженность психическими переживаниями» ($2,8 \pm 0,98$ vs. $2,2 \pm 0,54$, $p < 0,01$) при неизменном в контрольной группе ($2,7 \pm 0,75$ vs. $2,5 \pm 0,73$, $p < 0,05$); «активная социальная устранимость» ($2,6 \pm 1,32$ vs. $1,8 \pm 0,84$, $p < 0,01$) при неизменном в контрольной группе ($2,6 \pm 0,99$ vs. $2,3 \pm 0,72$, $p < 0,05$). У больных исследуемой группы отмечается снижение негативизма и развитие доверия к врачу. У многих больных практически исчезло чувство раскаяния или самообвинение по поводу имевших место в прошлом реальных или воображаемых проступков (во время приступов), они теперь достаточно ясно, без паники, понимали своё психическое состояние, у многих появилось принятие своего заболевания или его симптомов и благодаря этому снизилась загруженность внутренними напряжёнными переживаниями.

В процессе нашего исследования произошла динамика социального функционирования больных. В исследуемой группе в процессе терапии отмечается достоверное ($p < 0,01$) улучшение «физической работоспособности» ($1,0 \pm 0,71$ vs. $0,5 \pm 0,50$) при тенденции к улучшению данного показателя в контрольной группе ($1,2 \pm 0,86$ vs. $1,0 \pm 0,71$, $p < 0,1$), «интеллектуальной деятельности» ($0,8 \pm 0,40$ vs. $0,2 \pm 0,20$) при статистически неизменной в контрольной группе ($1,0 \pm 0,9$ vs. $0,9 \pm 0,53$, $p > 0,05$), показателей «характеристика круга общения» ($1,9 \pm 0,90$ vs. $0,6 \pm 0,49$) при неизменном в контрольной группе ($2,2 \pm 0,97$ vs. $2,2 \pm 0,97$) и «характер отношений» ($1,4 \pm 1,06$ vs. $0,8 \pm 0,8$) при изменении, не достигшем достоверности, в контрольной группе ($2,2 \pm 1,05$ vs. $1,9 \pm 1,04$, $p > 0,05$). У больных исследуемой группы появился разнообразный круг общения, изменился характер отношений с окружающими.

При оценке терапевтической динамики качества жизни только в исследуемой группе отмечалось статистически значимое ($p < 0,01$) повышение числа больных, удовлетворённых своим психическим состоянием (23% vs. 65%), интеллектуальной продуктивностью (20% vs. 85%), физическим самочувствием (37% vs. 65%), дневной активностью (53% vs. 88%) и качеством жизни «в целом» (23% vs. 87%, $p < 0,01$). 85% больных исследуемой группы после лечения стали ощущать жизнь как «вполне благополучна» (до лечения число таких больных составляло 43%). У больных возникает то светлое, одухотворённое отношение ко всему обычному вокруг, возникает душевный свет, который повышает качество психической жизни.

В исследуемой группе произошло статистически достоверное ($p < 0,01$) улучшение «дневной активности» при неизменной в контрольной. Увеличилось число больных, которые стали совершать прогулки (21% vs. 55%), читать (20% vs. 48%), посещать театры, музеи, кинотеатры (30% vs. 53%), общаться с друзьями (0% vs. 55%), заниматься хобби (10% vs. 31%). У больных появился интерес к творчеству, литературе, искусству. Всё это способствовало повышению качества психической жизни. Больные сами говорят и пишут об этом.

Положительная динамика показателей качества жизни и здоровья произошла практически во всех сферах в обеих группах. Однако, между группами во время второго измерения выявлены статистически значимые различия показателей сфер и отдельных субсфер.

Среднее значение сферы «Окружающая среда» достоверно повысилось в исследуемой группе ($13,0 \pm 0,74$ vs. $14,9 \pm 0,76$, $p < 0,01$) при статистически незначимом изменении в контрольной группе ($13,1 \pm 0,79$ vs. $13,1 \pm 0,97$, $p > 0,05$). Статистически значимо ($p < 0,01$) улучшились в исследуемой группе субсферы входящие в данную сферу: «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ($11,7 \pm 0,88$ vs. $15,8 \pm 1,43$) и «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» ($11,9 \pm 0,86$ vs. $15,1 \pm 0,82$). У больных появилось желание приобретать новые знания (о характерах, душевных расстройствах, о творчестве великих людей, на которых они хотя бы немного похожи характером, болезнью и

т.д.), получать информацию о происходящем вокруг (поиск одухотворённого в повседневном) – и для них это является важным.

Показатель «Физической сферы» достоверно улучшился в исследуемой группе ($11,4 \pm 0,82$ vs. $14,1 \pm 0,74$, $p < 0,01$) при изменении, не достигшем достоверности, в контрольной ($11,4 \pm 0,76$ vs. $13,2 \pm 0,98$, $p > 0,05$). Достоверные различия между группами после лечения отмечались по субсфере «Жизненная активность, энергия и усталость» (в исследуемой группе – $10,6 \pm 0,87$ vs. $13,3 \pm 0,52$, $p < 0,01$, в контрольной – $10,4 \pm 0,99$ vs. $11,2 \pm 0,96$, $p > 0,05$). У больных исследуемой группы произошло повышение энергии, энтузиазма и выносливости благодаря появлению одухотворённости в душе, приобретению навыков выполнять повседневные дела творчески, по-своему, – и тогда чувствуешь себя собою и ощущаешь прилив энергии и бодрости.

Произошла положительная динамика оценки КЖ по «Психологической сфере» в обеих группах, однако в исследуемой группе они были статистически достоверны ($9,7 \pm 1,38$ vs. $13,9 \pm 1,26$, $p < 0,01$), а в контрольной группе различия достигли только уровня тенденции ($9,6 \pm 1,23$ vs. $10,5 \pm 1,56$, $p < 0,1$). В исследуемой группе произошли статистически значимые ($p < 0,01$) изменения в субсферах, входящие в данную сферу: «Положительные эмоции» ($7,0 \pm 1,99$ vs. $16,5 \pm 2,00$), «Самооценка» ($11,7 \pm 1,26$ vs. $14,8 \pm 1,58$), «Образ тела и внешность» ($11,6 \pm 1,12$ vs. $13,6 \pm 1,39$), «Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)» ($10,9 \pm 1,55$ vs. $11,7 \pm 1,98$). Больные стали отмечать, что научились понимать и испытывать позитивные чувства (как удовлетворение, внутреннее равновесие (гармония), покой, счастье, надежда, радость), стали задумываться о своём смысле в жизни. Это разнообразная помощь близким и друзьям, творческая работа, служение общественной пользе, удовольствие от обычного, когда это обычное, повседневное видишь по-своему, одухотворяешь. Наконец просто они стали получать удовольствие от приятных вещей в жизни. Всё это значительно повышает качество психической жизни пациентов.

Оценка КЖ по сфере «Уровень независимости» изменилась в обеих группах. В исследуемой группе это изменение достигло статистически достоверного

(11,8±0,96 vs. 15,3±0,94, $p<0,01$), в контрольной группе это изменение достигло уровня тенденции (11,9±1,0 vs. 12,3±1,21, $p<0,1$). В исследуемой группе достоверно изменилась ($p<0,01$) оценка КЖ по субсферам «Зависимость от лекарств и лечения» статистически (7,8±2,55 vs. 12,4±1,70), «Способность выполнять повседневные дела» (15,1±1,49 vs. 17,3±1,35) и «Способность к работе» (11,2±0,52 vs. 14,9±1,11). Больные исследуемой группы перестали ощущать себя безнадежно зависимыми от приёма лекарств, поскольку, по нашему убеждению, подкреплённому клиническими и другими указанными исследованиями, приобрели творческие приёмы самопомощи (творческое фотографирование, творческое ведение дневников, поиск одухотворённого в повседневном и т.д.) и благодаря этому стали находить в себе ресурсы для того, чтобы самостоятельно справляться со своими душевными расстройствами. Стоит, однако, отметить, что ни в одном случае это не сопровождалось самовольным прекращением приема препарата или уведомлением об отказе от его приема.

В исследуемой группе оценка КЖ по сфере «Социальные отношения» статистически улучшилась (11,6±0,82 vs. 13,9±0,95, $p<0,01$), при неизменной в контрольной (11,6±0,75 vs. 11,6±1,96, $p>0,05$). В исследуемой группе улучшились показатели суфсфер, входящих в данную сферу: «Личные отношения» (11,3±1,05 vs. 14,5±1,05) и «Практическая социальная поддержка» (11,7±0,79 vs. 15,5±1,27). Больные стали лучше понимать себя, своих близких и родных, прощать им их слабости, глубже понимать их сильные стороны. Улучшились отношения с родственниками, друзьями, сослуживцами. Больные начинают ощущать, что получают одобрение и воодушевление от семьи и друзей. И это – благодаря углубившемуся взаимопониманию, творческому вдохновению.

Субсфера (она же и составляет сферу) «Духовность/религия/личные убеждения» достоверно изменилась в исследуемой группе (12,3±0,76 vs. 16,1±1,24, $p<0,01$) при неизменной в контрольной (12,5±0,65 vs. 14,2±0,87, $p>0,05$). У больных исследуемой группы усиливались или приобретались новые личные духовные убеждения, которые помогали справляться с трудностями в своей жизни, которые давали определенные ответы на духовные и бытовые

вопросы, обеспечивали больным некое чувство благополучия и таким образом повышали качество психической жизни.

В исследуемой группе после лечения наблюдались статистически значимые ($p < 0,01$) изменения по показателям творческих интересов и склонностей. Увеличилось число больных, проявляющих интерес к литературе и искусству (на 43%), к психологии (на 27%) и к литературному творчеству (на 43%). Произошло снижение числа больных (на 30%), которые не имели выраженных интересов и склонностей к чему-либо. Многие больные приобрели творческие интересы, творческие приёмы самопомощи, благодаря которым они существенно лучше справлялись с болезненным состоянием и, таким образом, повышалось качество психической жизни.

У 92% больных исследуемой группы обнаружилась высокая эффективность разработанного варианта метода ТТСБ, у 8% эффективность занятий находилась на уровне средней эффективности.

В процессе катамнестического исследования положительно оценивали своё состояние 85% больных. 49% больных сохраняли творческий стиль жизни. 51% больных в период ухудшения состояния помогали себе творческими приёмами, приобретёнными в курсе лечения. Довольно устойчивыми оказались показатели качества жизни. Это касается как частных оценок пациентами своего функционирования, так и качества жизни «в целом». Удовлетворённость своей жизнью «в целом» отмечают 93% больных. Качество жизни «в целом», по мнению А.Б. Шмуклера (1998), представляет собою наиболее интегративный показатель, превышающий сумму отдельных показателей.

ВЫВОДЫ.

1. Впервые разработан и внедрён в практику как дополнение к принятому стандартному лечению оригинальный краткосрочный (3 месяца) вариант метода Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) – для больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением, стабильным дефектом и неполной ремиссией, психотерапевтически повышающий качество психической жизни указанных пациентов.

2. Установлено, что неполные ремиссии больных, в которых применяется метод-вариант ТТСБ, характеризуются непсихотическими депрессивными расстройствами с преобладанием тревожного и апатического аффектов, неврозоподобными расстройствами, преобладающими над психопатоподобными, психастеноподобностью (дефензивностью), стремлением к обретению смысла жизни, мотивацией на лечебное творчество.

3. Основа данного метода-варианта (как и всей ТТСБ) состоит в усиленном изучении с пациентами в разнообразном творческом самовыражении особенностей их клиники, личностной почвы – с целью научиться жить творчески, сообразно своим особенностям, обретая смысл существования.

4. Особенности данного метода варианта ТТСБ являются: 1) упрощение психологических и медицинских сведений и обобщений в психотерапевтических занятиях характерологией с одновременным обогащением занятий художественными, особенно связанными с природой переживаниями; 2) усиление процесса не окончательного определения своего характера, а процесса самого *поиска* себя (поиск личностной уникальности с опорой на свой лишь примерно установленный характерологический радикал); 3) осторожное побуждение к лечебно-творческому отношению к пережитым в приступе расстройствам, смягчающему напряжение при воспоминаниях о них.

5. Результаты применения данного варианта ТТСБ обнаруживают его существенную клиническую и социальную эффективность.

5.1. Статистически значимо снизилась выраженность основных клинических расстройств ($p < 0,01$): тягостного переживания своей неполноценности, бессмысленности существования, чувства вины, выраженность тревожного и апатического аффектов.

5.2. Обнаружились в процессе лечения достоверное ($p < 0,01$) улучшение коммуникативности, появление оживлённого интереса к жизненным событиям с участием в них, творческих интересов, творческих приёмов самопомощи, усиливались или приобретались новые личные духовные убеждения, позитивные размышления о смысле жизни.

5.3. Произошла положительная статистически достоверная ($p < 0,01$) динамика качества жизни: на 42% увеличилось число больных, удовлетворённых своим психическим состоянием, на 65% – интеллектуальной продуктивностью, на 35% – дневной активностью, на 32% – широтой круга общения.

На 64% увеличилось число больных, удовлетворённых качеством жизни «в целом» ($p < 0,01$). На 42% увеличилось число больных, ощущающих жизнь как «вполне благополучна» ($p < 0,01$).

5.4. Патографическая грань лечебных занятий способствовала существенному смягчению переживаний пациентов по поводу "стигмы".

5.5. Полученные результаты обнаруживают повышение качества психической жизни больных (существенное развитие в сфере духовной направленности личности), что способствует адаптации в обществе "сквозь" продолжающий протекать патологический процесс (личностная интеграция, «личностная ремиссия», recovery).

6. Результаты исследования также указывают на сохраняющиеся в личности данного контингента больных возможности, способностей к лечебному творчеству, развитию самосознания, познанию своей личностной уникальности и, благодаря, в том числе, всему этому, более или менее полноценному приспособлению к социальной среде.

Практические рекомендации.

Разработанный краткосрочный вариант метода Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно для больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением и неполной ремиссией способствует повышению у пациентов качества психической жизни и, в частности, возникновению в процессе данного лечения особых, т.н. «личностных ремиссий», в которых больные живут «сквозь» оставшуюся с ними болезнь как бы «освещённые изнутри» конкретным смыслом своего существования. Применение данного метода при работе с больными хронической шизофренией с переживанием своей неполноценности является эффективным как в клиническом, так и социальном аспектах и может использоваться как психотерапевтическое дополнение к принятому стандартному

лечению (психофармакотерапия, психосоциальная терапия и реабилитация) во внебольничных учреждениях. Рекомендуется включить применение этого метода в бригадный тип помощи, предполагающий и квалифицированную психотерапию.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Бурно М.Е., Калмыкова И.Ю. О повышении (посветлении) качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией. Учебное пособие. М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российская медицинская академия последипломного образования, 2009, 36 стр.

2. Бурно М.Е., Калмыкова И.Ю. О повышении качества душевной жизни больных шубообразной шизофренией с помощью особого варианта терапии творческим самовыражением// Психическое здоровье. 2009 - №3. С.37-43.

3. Калмыкова И.Ю. Шубообразная шизофрения, терапия творческим самовыражением и МКБ-10// Материалы общероссийской конференции - М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2008. - С.43.

4. Калмыкова И.Ю. О некоторых особенностях занятий терапией творческим самовыражением с больными шубообразной шизофренией в неполной ремиссии// Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. - №7. - М., 2009. С. 99-102.

5. Калмыкова И.Ю. К психотерапии тягостных переживаний о перенесённом шубе// Материалы общероссийской конференции. М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2009. С. 255.

6. Калмыкова И.Ю. Опыт применения краткосрочного варианта терапии творческим самовыражением в лечении больных шубообразной шизофренией в межшубное время// Психотерапия. - 2009. - №5. С.29-32.

7. Калмыкова И.Ю. К терапии творческим самовыражением тягостных переживаний о перенесённом шизофреническом шубе (опыт работы)// Психотерапия. - 2010. - №3. С.51-53.