

**Московский научно-практический центр наркологии Департамента  
здравоохранения города Москвы**

**Инновационные подходы к  
качественно-количественной  
оценке структуры и динамики  
психопатологии обострения  
патологического влечения к  
психоактивным веществам**

**М.А. Михайлов**

**Москва, 2017**

# Актуальность

- **Психические переживания, представляет практически неформализуемый конструкт, затрудняющий оценку объективными методами.**
- **Развитие психопатологии на современном этапе тормозится тем, что она, остается гуманитарной дисциплиной, опирающейся на описательные методы.**
- **Для целей и задач психопатологии наиболее адекватным исследовательским методом остается феноменология. Методология сбора и анализа феноменологических данных предполагает первоначальное «схватывание» отдельных фактов, затем исследование взаимосвязей (понимание и объяснение), затем постижение целостностей (Ясперс К.,1997).**

- **Феноменология все равно не выходит за рамки философско-психологического континуума (Элленберг Г. , 2001).**
- **Современная психиатрия требует естественно-научных подходов с преимущественно количественными методами оценки.**

- **В последнее время использование качественных методов в доказательной медицине становится все более и более активным (Гринхальх Т., 2008; Giacomini M. K., Cook D. J., 2000; Green J., Britten N. 1998).**
- **Сильная сторона качественных исследований «заключается в достоверности, т.е. хорошо спланированное качественное исследование действительно может прояснить суть происходящего, а не отражает лишь то, что лежит на поверхности» (Гринхальх Т., 2008). Если цель научной работы – исследование, интерпретация и глубокое понимание отдельного клинического вопроса, применение качественных методов абсолютно правомерно (Mays N., Pope C., 1999).**

- **Речь может идти только о сочетании качественных и количественных методов в пропорциях, адекватных целям и задачам конкретного исследования.**
- **Актуально и оправдано объединение феноменологического подхода, с современными подходящими для этой цели методами статистической обработки полученных данных.**
- **По отношению к феноменологии наиболее перспективными представляются статистические методы, базирующиеся на многомерном статистическом анализе.**

- **Путевой анализ (path analysis) основан на изучении всей структуры причинных связей между переменными, т. е. на построении графа связей и изоморфной ему рекурсивной системы уравнений (Наследов А.Д., 2013; Bentler P.M., Bonnett D.G., 1980; Hoyle R.H. and Panter A.T., 1995; *Kline R. B.*, 2011).**
- **Оценки стандартизированных коэффициентов рекурсивной системы уравнений, коэффициенты влияния (коэффициенты регрессии), рассчитываются на основе коэффициентов парной корреляции. Это позволяет проанализировать структуру корреляционной связи с точки зрения причинности.**
- **Регрессионные веса, прогнозируемые моделью, сравниваются с наблюдаемой корреляционной матрицей переменных, и рассчитывается статистика качества соответствия (goodness-of-fit).**

- **Поиск причинности в контексте патологического влечения - это определение триггерных точек в патокинезе синдрома, воздействие на которые может остановить развитие процесса или повернуть его вспять.**
- **Реконструкция психопатологических событий в сочетании с современными методами статистической обработки позволяет рассчитывать на предельно точное описание сути явления**

# **Материалы и методы**



# Материал

**В исследование включено 415 больных (200 мужчин и 215 женщин) с высокопрогредиентным типом течения заболевания, употребляющих опиоиды, психостимуляторы, коаксил и каннабиноиды**

## КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

- 1) Возраст более 18 лет;**
- 2) Формирование психической зависимости после первой пробы ПАВ;**
- 3) Неконтролируемое первичное влечение к ПАВ;**
- 4) Наркотического опьянения после первых проб ПАВ;**
- 5) Стремительный рост толерантности (удвоение дозировки после 10-15 введений вещества);**
- 6) Формирование синдрома отмены в течение 3 месяцев регулярного употребления;**
- 7) Утрата ситуационного контроля после первых проб ПАВ;**
- 8) Безремиссионный характер течения заболевания;**
- 9) Асоциальное поведение (нетрудовые доходы, приводы в милицию, судимости, лишение родительских прав, сожительство с зависимыми от ПАВ);**
- 10) Наличие в анамнезе перинатальной патологии;**
- 11) Прогрессирующий или стационарный паттерн употребления ПАВ;**
- 12) Отсутствие сопутствующих психических заболеваний (шизофрения, БАР, эпилепсия, органическое поражение ЦНС), острых психотических расстройств;**
- 13) Отсутствие сопутствующих хронических соматических заболеваний в стадии обострения (в том числе ВИЧ инфекции);**
- 14) Для женщин – отрицательный результат теста на беременность, подтвержденный осмотром гинеколога.**

# Дизайн исследования

**Для реконструкции психопатологической симптоматики были выбраны пациенты с высокопрогредиентным типом течения заболевания, демонстрирующие максимально возможную выраженность психопатологической симптоматики ПВ – то есть «предельный случай» исследуемого феномена (Найденова, И.Н., 2002; Чирко, В.В., Демина, М.В., 2002).**

## **В предварительной части работы осуществлялось:**

- Описание самого явления по канонам классической феноменологии К. Ясперса (описательная, генетико-структурная феноменология и категориальный анализ) (Ясперс К.,1997).**
- Первичная квалификация и систематизация описанных психопатологических проявления, установление этапности появления симптоматики в телесной, аффективной и идеаторной сферах.**

## **В основной части осуществлялась:**

- Разработка формализованной карты качественно-количественной оценки структуры и динамики ОПВ. Набор статистически адекватного массива данных.**
- Окончательная систематизация и анализ полученных данных; создание сводной таблицы патокинеза обострения ПВ с целью соотнесения психопатологических событий из разных психических сфер во времени; создание каузальной диаграммы в виде блок-схемы, состоящей из основных переменных и предполагаемых связей между ними (Blalock Н.М., 1969).**
- Создание теоретической модели психопатологических событий ОПВ, выделение уровней дезинтеграции психики, а также триггерных точек процесса, и определение влияния значимых переменных процесса на эти точки. Определение достоверности созданной модели методами путевого анализа.**

# Процедура исследования

- 1. Обследование проводилось в постабстинентном периоде с 8-9 по 28 день пребывания в клинике.**
- 2. Большая часть наблюдений осуществлялась в вечернее и ночное время в максимально «естественной» для больных обстановке.**
- 3. Объемная реконструкция психопатологических событий обострения ПВ осуществлялась за счет данных опроса, непосредственного наблюдения и /или ретроспекции психических переживаний пациентов.**
- 4. Стандартизированная карта исследования заполнялась непосредственно в моменты обострения ПВ, после его дезактуализации или при повторной госпитализации.**
- 5. Вопросы ставились так, чтобы пациенты могли отвечать «Да» (1 балл), «Нет» (0 баллов) и оценивать в баллах (от 0 до 6) интенсивность симптомов, поддающихся ранжированию.**
- 6. Сведения о поведенческих проявлениях актуализации ПВ исследователь получал из: непосредственного наблюдения за больными, журнала ежесуточного наблюдения среднего мед. персонала, опроса младшего мед. персонала и охранников.**

# Методы исследования

- Основным являлся феноменологический подход в рамках клинико-психопатологического метода. Высокая достоверность феноменологических описаний достигалась использованием 4 из 5, принятых в доказательной медицине способов качественной оценки: пассивного и активного наблюдения, полуструктурированного и описательного интервью. (Гринхальх Т. ,2008; Mays, N., Pore, C., 1999).
- Стандартизированная качественно-количественная оценка структуры и динамики обострения патологического влечения проводилась с помощью разработанной в процессе исследования оригинальной карты качественно-количественной оценки ОПВ.
- Путевой анализ обострения патологического влечения осуществлялось с помощью программы IBM Amos 22.0 Windows.

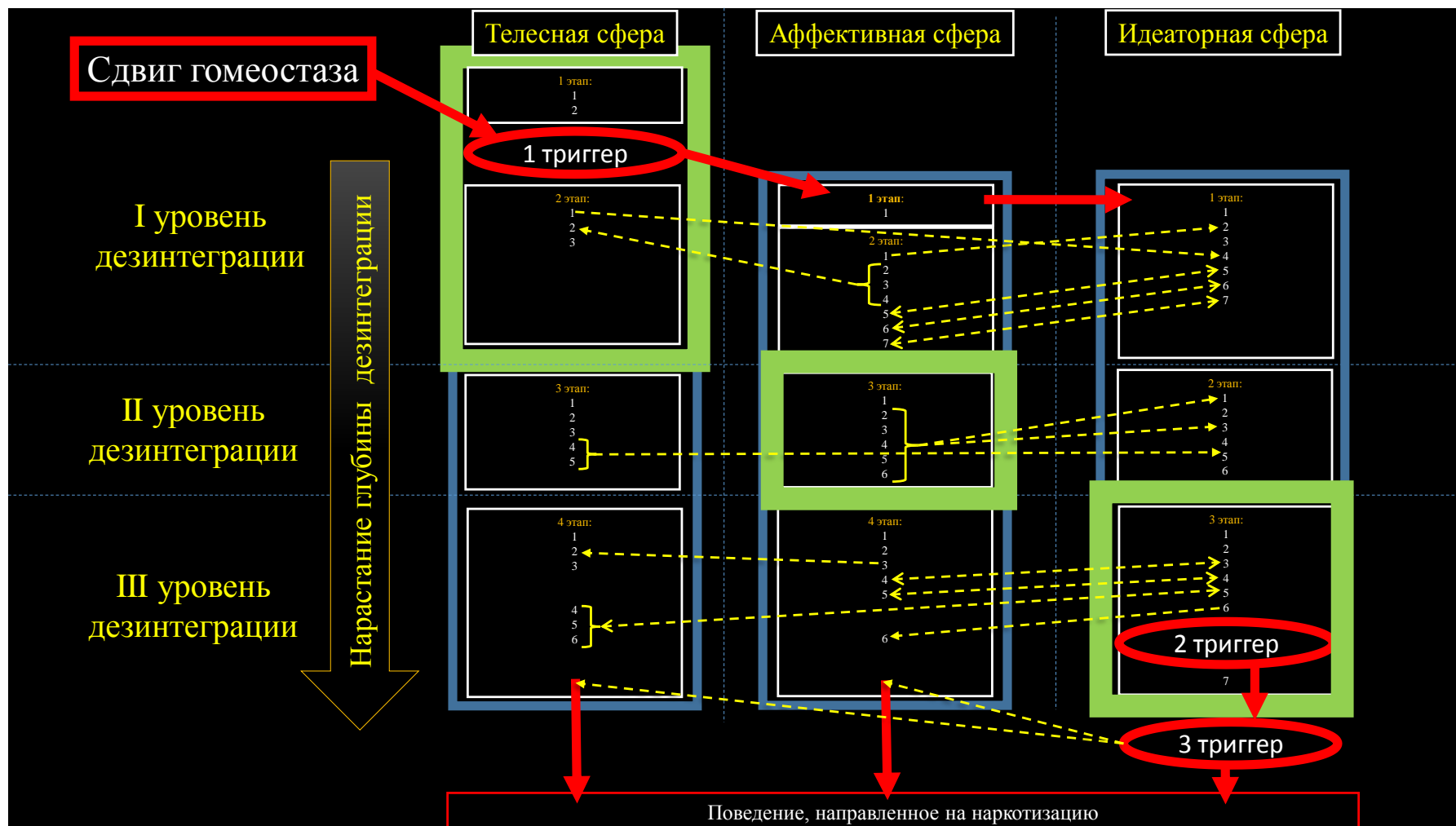
# **Результаты и их обсуждение**

# СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ НА РАЗНЫХ ЕГО ЭТАПАХ

Телесная составляющая острого патологического влечения	Аффективная составляющая острого патологического влечения	Идеаторная составляющая острого патологического влечения
<b>I уровень</b>		
<b>Первый этап: «Этап инициальных проявлений расстройств общего чувства»</b> 1 Общий соматопсихический дискомфорт 2 Изменение «Vigor vitalis»		
<b>Второй этап: «Этап неврологических ощущений»</b>	<b>Первый этап: «Этап моно аффекта»</b>	
1 Парестезии  2 Парестезии, феноменологически сходные с синдромом «беспокойных ног»  3 Неврологические сенсации	1 Гипоманиакальное или субдепрессивное изменение фона настроения	<b>Первый этап: «Этап протопатического изменения поля сознания»</b>
	<b>Второй этап: «Этап смешанного аффекта»</b>	1 Рефлексия и чувство собственной измененности
	1 Генерализация процесса 2 Эмоциональная лабильность 3 Раздражительность 4 Тревога 5 Аффективные проявления соматопсихической деперсонализации 6 Аффективные проявления аутопсихической деперсонализации 7 Аффективные проявления дереализации	2 Нарастание рефлексии и борьба мотивов 3 Предчувствия и предуведомления 4 Предчувствия инициируемые парестезиями 5 Идеаторные проявления соматопсихической деперсонализации 6 Идеаторные проявления аутопсихической деперсонализации 7 Идеаторные проявления дереализации



# Блок–схема взаимосвязей и взаимовлияний психопатологических событий при обострении патологического влечения

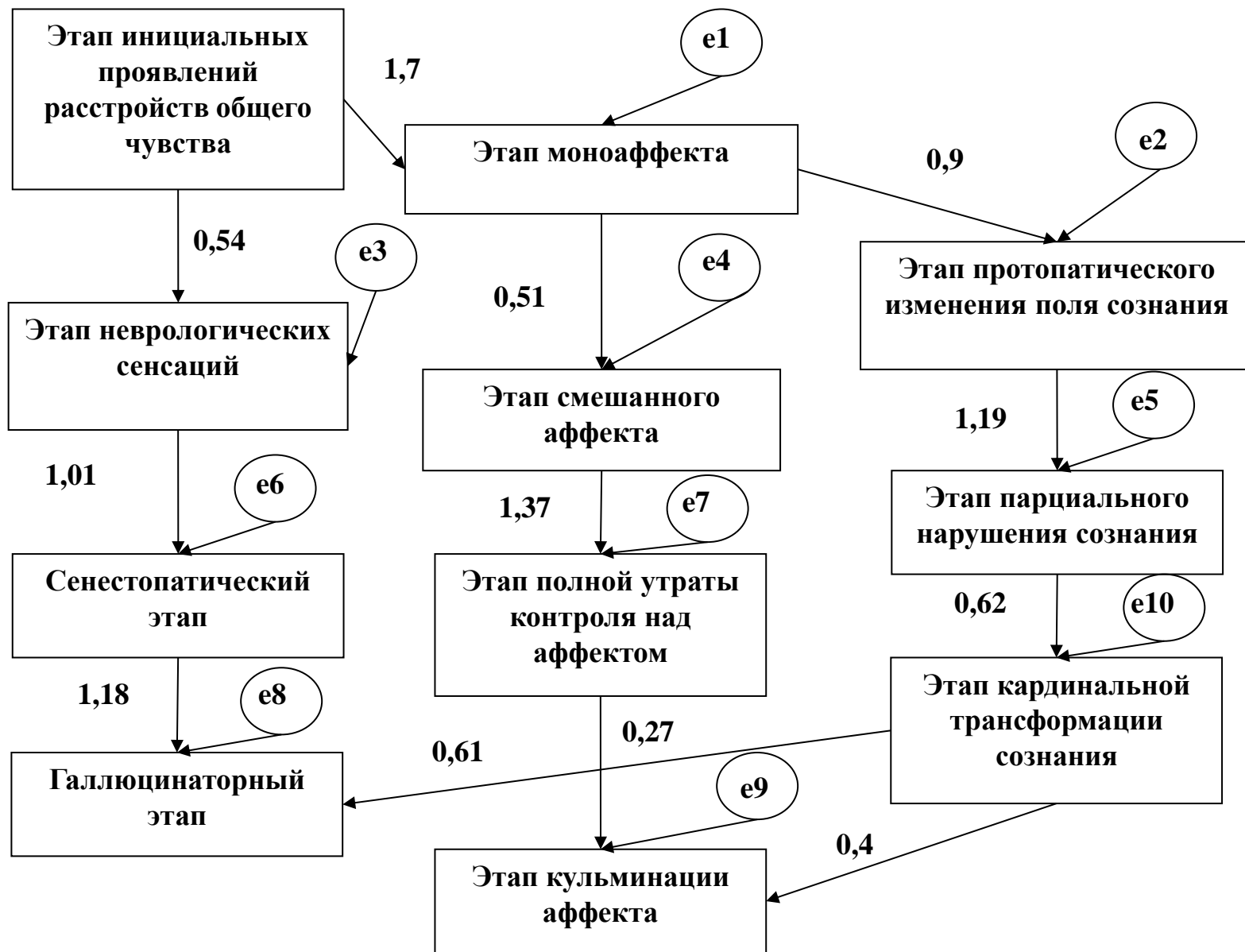


- 1). Арабскими цифрами внутри каждого этапа обозначены входящие в него психопатологические феномены 2). Односторонние стрелки обозначают направление каузальной связи от независимой к зависимой переменной 3). Двусторонние стрелки обозначают ковариации (ненаправленные связи).

# Регрессионные нагрузки в результате проведения структурного моделирования

Переменные		Estimate (unstandart)	Estimate (standartized)	S.E.	C.R.	p
Этап моноаффекта	<-- Этап инициальных проявлений расстройств общего чувства	1,70	0,44	0,34	5,06	<0,001
Этап протопатического изменения поля сознания	<-- Этап моноаффекта	0,90	0,22	0,40	2,23	0,0256
Этап неврологических ощущений	<-- Этап инициальных проявлений расстройств общего чувства	0,54	0,25	0,19	2,90	0,0038
Галлюцинаторный этап	<-- Этап протопатического изменения поля сознания	1,19	0,34	0,33	3,62	<0,001
Этап смешанного аффекта	<-- Этап моноаффекта	0,51	0,21	0,25	2,05	0,0401
Сенестопатический этап	<-- Этап неврологических ощущений	1,01	0,26	0,002	6,08	<0,001
Этап полной утраты контроля над аффектом	<-- Этап смешанного аффекта	1,37	0,42	0,03	12,32	<0,001
Этап кардинальной трансформации сознания	<-- Галлюцинаторный этап	0,62	0,59	0,01	2,66	0,0078
Галлюцинаторный этап	<-- Сенестопатический этап	1,18	0,82	0,03	2,43	0,0152
Этап кульминации аффекта	<-- Этап полной утраты контроля над аффектом	0,27	0,24	0,04	7,35	<0,001
Этап кульминации аффекта	<-- Этап кардинальной трансформации сознания	0,4	0,35	0,11	3,69	<0,001
Галлюцинаторный этап	<-- Этап кардинальной трансформации сознания	0,61	0,12	0,25	2,44	0,0147

# Анализ путей созданной модели с регрессионными нагрузкам



Примечание:  $e_i$  - ошибка;  $\leftarrow 0,4$  - регрессионные нагрузки.

# Критерии согласия для модели обострения патологического влечения к психоактивным веществам

Модель	CMIN	df	p	CMIN/DF	GFI	NNFI	IFI	CFI	RMSEA
Обострения патологического влечения к психоактивным веществам	54,5	43	0,028	1,3	0,96	0,9	0,97	0,97	0,04

**Высокая достоверность соответствия модели (при  $p=0,028$ ), предполагает ее существование только в том виде и с тем количеством параметров, которые были предложены. Любое произвольное изменение направления влияний, количества переменных или этапов, приводит к снижению достоверности модели ( $p>0,05$ ).**

# **Заключение**

**Предложенный подход позволяет максимально приблизиться к пониманию сути психического явления и дать точную психопатологическую квалификацию его структуры и динамики. Он может оказаться хорошим дополнением к существующим в настоящее время методам оценки ПВ.**

**Спасибо за внимание!**