

На правах рукописи

ЕРИЧЕВ

Александр Николаевич

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Специальность 14.01.06 – Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2019

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

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Коцюбинский Александр Петрович

Официальные
оппоненты: Петрова Наталия Николаевна
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный
университет» Правительства России

Пашковский Владимир Эдуардович
доктор медицинских наук, доцент, профессор
кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО
«СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Егоров Алексей Юрьевич
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
лабораторией нейрофизиологии и патологии
поведения ФГБУН «Институт эволюционной
физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова» РАН

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им.
академика И.П. Павлова» Минздрава России

Защита состоится 19 декабря 2019 г. в 12.00 на заседании диссертационного
совета Д 208.093.01 при ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Минздрава России (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН
имени В.М. Бехтерева» Минздрава России и на сайте: <http://www.bekhterev.ru>

Автореферат разослан «19» ноября 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Ю.А. Яковлева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Современные исследователи отдают предпочтение биопсихосоциальной модели психических расстройств, согласно которой существует несколько факторов, способствующих развитию психических нарушений (Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. et al., 2001; Garety P.A., Bebbington P., Fowler D. et al., 2007; Howes O.D., Murray R.M., 2014):

1) генетическая обусловленность, понимаемая, в рамках эпигенетических представлений, как результат экспрессии генов под влиянием стрессогенных факторов;

2) сенсibilизированность (биологическая и психологическая) индивидуума, проявляющаяся в форме клинически скрытой уязвимости или субклинически выявляемых проявлений психического диатеза;

3) стрессорные социально-психологические и экологические влияния.

Таким образом, согласно биопсихосоциальной парадигме, возникновение и поддержание болезненного состояния обеспечивается тремя группами факторов: биологическими, психологическими и социальными.

При изучении биологических факторов, соучаствующих в развитии расстройств шизофренического спектра, исследователям удалось установить связь болезни с генетическими факторами наследственности (что уже достаточно давно отмечали практические врачи, работающие с этим контингентом больных).

Одним из социально-психологических эпигенетических факторов является травматический опыт индивидуума в раннем детстве (депривация потребностей ребенка в физической и психологической безопасности, его принятии окружающими) и воздействие хронических внешних стрессоров в виде определенных негативных условий социальной среды (Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P., 2013).

Это обстоятельство приводит к пониманию того, что сами по себе наследственные факторы имеют важное, но не единственно необходимое условие для возникновения психического расстройства, активируясь лишь под влиянием различных стрессорных триггеров, в результате чего первоначально происходит экспрессия генов и их генетическое «накопление», что находит отражение в форме субклинических проявлений психического диатеза, или «генетического диатеза» (Wildenauer D.B., Schwab S.G., Maier W. et al., 1999), передающегося в дальнейшем по наследственной линии, и усиливает в последующих поколениях первоначальную предрасположенность индивидуумов к возникновению психических расстройств. И лишь по мере накопления у индивидуума «генетической деструкции», ассоциированной со снижением его адаптационно-компенсаторных возможностей, необходимых для разрешения стрессовых ситуаций, происходит возникновение психического расстройства.

В большинстве работ, касающихся адаптационно-компенсаторных возможностей в практической плоскости, теоретические воззрения исследователей направлены на три основные адаптационно-компенсаторные сферы: психологическую, биологическую и социальную (Березин Ф.Б., 2011; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Маклаков А.Г., 2001).

С этих позиций рассматривается и обоснованность проводимой с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, биопсихосоциальной терапии. И если биологическим аспектам этой работы посвящено немало исследований, то вопросы психосоциальных, и, в частности, психотерапевтических усилий при этих состояниях освещены лишь в единичных публикациях.

Отмеченное выше определяет актуальность настоящего исследования, базирующегося на оценке когнитивно-поведенческой психотерапии как научно обоснованной структурированной формы психотерапии, ограниченной во времени и сосредоточенной на коррекции характерных для пациентов с расстройствами шизофренического спектра когнитивных и поведенческих

изменениях. При этом в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии происходит изучение истории возникновения и специфики имеющихся у индивидуума психических нарушений и формулирование психотерапевтического случая в виде структурированной концептуализации (Tai S., Turkington D., 2009).

Степень разработанности темы

В целом, когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств шизофренического спектра демонстрирует более активное развитие в последние 20 лет. Однако при этом она всё-таки существенно уступает (как по числу публикаций, так и по количеству хорошо подготовленных профессионалов для её осуществления) традиционным терапевтическим подходам, основанным на исключительно клинко-психопатологической оценке психического состояния пациентов. Помимо этого, в самом психотерапевтическом подходе применительно к пациентам с аутохтонными психическими расстройствами остается много лакун, требующих дальнейшего наполнения, структуризации и персонализации (работа с отдельными видами продуктивной и негативной симптоматики, использование экспериенциальных техник и техник на основе осознанности).

Наконец, важным является вопрос об использовании в терапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра эффективных и относительно краткосрочных курсов когнитивно-поведенческой психотерапии (16 и меньше сеансов), так как осуществление более продолжительной терапии, в силу значительных экономических затрат, доступно далеко не для всех больных. Нуждается в дальнейшем уточнении также вопрос о персонализации психотерапевтического процесса, учитывающего как преобладающую психопатологическую симптоматику, так и личный жизненный опыт, имеющийся у больного.

Цель исследования

Обоснование значения использования в комплексе терапевтических мероприятий при расстройствах шизофренического спектра структурно

усовершенствованной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии и разработка особенностей её проведения.

Задачи исследования

1. Дифференцированное изучение особенностей психического диатеза у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.

2. Дифференцированное изучение особенностей неблагоприятного детского опыта у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.

3. Уточнение характера взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, с одной стороны, и формированием у индивидуумов ранних дезадаптивных схем и эмоциональных схем – с другой.

4. Дифференцированное изучение особенностей ранних дезадаптивных схем и эмоциональных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.

5. Разработка и внедрение в клиническую практику персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии, учитывающей преморбидные и индивидуальные клиничко-психологические параметры пациентов, и изучение её влияния на медикаментозный комплаенс и социальную адаптацию пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Научная новизна

Впервые проведено сопоставительное исследование эмоциональных и ранних дезадаптивных схем у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и здоровых лиц.

Впервые обнаружено, что показатели эмоциональных схем в группе больных с расстройствами шизофренического спектра и в группе здоровых лиц имеют статистически значимые различия (с большими показателями в группе пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра), по следующим субшкалам: «Ингибирование собственных эмоций», «Чувство вины за собственные эмоции», «Недостаточная согласованность собственных эмоций

с эмоциями других», «Низкая эмоциональная экспрессивность», «Обвинение других».

Впервые было обнаружено, что показатели ранних дезадаптивных схем в группе больных с расстройствами шизофренического спектра и в группе здоровых имеют статистически значимые различия по 14 из 18 субшкал (с большими показателями, по сравнению с группой здоровых лиц, у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра).

Также впервые исследованы взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, ранними дезадаптивными схемами, эмоциональными схемами и проявлениями психического диатеза. Были выявлены предикторы (в виде параметров негативного детского опыта) для формирования ранних дезадаптивных и эмоциональных схем, а также для проявлений отдельных форм психического диатеза.

Впервые изучено влияние включения в систему реабилитационных мероприятий персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии на комплаентность пациентов (медикаментозный комплаенс) и их социальную адаптацию. На момент выписки пациенты, прошедшие персонализированную когнитивно-поведенческую психотерапию (основная группа), по параметру «комплаентность» имели статистически значимые лучшие показатели, чем пациенты, не прошедшие персонализированную когнитивно-поведенческую психотерапию (группа сравнения).

При катamnестическом обследовании (через 12 месяцев) основная группа и группа сравнения показали статистически значимые различия по шкале социального функционирования GAF (с более высокими суммарными показателями социального функционирования в основной группе), а также – меньшие показатели дезадаптации в основной группе (по сравнению в группой сравнения) по следующим субшкалам «Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах»: «Профессиональная сфера»; «Межличностные отношения».

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенное исследование позволило доказательно подтвердить высказываемые в литературе предположения о влиянии на формирование различных форм психического диатеза не только наследственных, но и психосоциальных факторов в раннем детстве будущих больных с расстройствами шизофренического спектра.

В ходе проведенной работы разработаны и внедрены в клиническую практику специальные дифференцированные техники и подходы, пригодные для использования при психотерапевтических интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра (при преобладании в клинической картине как продуктивной, так и негативной симптоматики).

Разработана и внедрена в клиническую практику структура интервизии и супервизии для специалистов, участвующих в реализации персонализированной психотерапевтической программы.

Методология и методы исследования

В соответствии с поставленными целями и задачами исследования были выбраны следующие группы методов: ретроспективный анализ анамнестических информационных данных, клинико-психопатологический, психометрический, клинико-психологический, катамнестический, социометрический, статистический анализ.

Проведение диссертационного исследования одобрено на заседании независимого этического комитета при «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (№ ЭК-И-106/18, дело № ЭК-1819).

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, отмечаются различия (более высокие показатели по сравнению со здоровыми испытуемыми) в характере ранних дезадаптивных схем (по 14-ти показателям из 18), эмоциональных схем (по 6 показателям из 14) и ранних травматических жизненных событий, а именно: параметры неблагоприятного детского опыта у

пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, выражены в большей степени, чем у здоровой выборки как по суммарному баллу 10-ти измеряемых в данном исследовании параметров, так и, в особенности, – по параметру «психическое заболевание у совместно проживающих».

2. Ранние дезадаптивные схемы и ранние травматические жизненные события коррелируют с преморбидным формированием психического диатеза, который знаменует биологическую и психологическую сенсibilизированность индивидуума к развитию у него в последующем психических расстройств шизофренического спектра (шизофрении и шизотипического расстройства) и осложняет, в случае их возникновения как клиническую картину заболевания, так и социальное восстановление пациентов.

3. Обоснованы и разработаны специальные техники и подходы (базирующиеся на общих принципах когнитивно-поведенческой психотерапии), пригодные для использования при персонализированных психотерапевтических интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра.

4. Включение в систему реабилитационных мероприятий персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии улучшает медикаментозный комплаенс пациентов (на момент окончания курса психотерапии) и позитивно влияет на социальную адаптацию пациентов (через 12 месяцев после завершения терапии).

Степень достоверности и апробация результатов

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программы RStudio, версия 0.99.489 для операционной системы MacOS, а также SPSS 24. Для анализа и визуализации данных помимо базового использовались следующие пакеты: psych, ggplot2, dplyr, data.table, ez, reshape2.

Для статистической обработки данных применялись: первичные описательные статистики (меры центральной тенденции, меры изменчивости), параметрические и непараметрические методы сравнения двух и более выборок.

При сравнении выборок в случае нормальности распределения использовались методы параметрической статистики, а в случае, если тест на нормальность распределения показывал статистически значимые результаты, то использовались методы непараметрической статистики.

Апробация и внедрение результатов исследования в практику

Результаты научного исследования получили свое отражение в ряде докладов в рамках крупных отечественных и зарубежных конференций и конгрессов: «Когнитивно-поведенческая психотерапия параноидного бреда» на конференции с международным участием «Актуальные вопросы когнитивно-поведенческой терапии» МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 7 апреля 2016 года, г. Москва; «CBT of paranoid schizophrenia: Traditional and modified techniques» на 46 Конгрессе европейской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (ЕАВСТ), 2 сентября 2016 года, г. Стокгольм, Швеция; «Современные тенденции развития когнитивно-поведенческой психотерапии» и «Техники осознанности при расстройствах шизофренического спектра» на 2-ой научно-практической конференции «Когнитивно-поведенческая психотерапия, доказательная медицина, психиатрия – общий путь», 7 октября 2016 года, г. Санкт-Петербург; «Early maladaptive schemas in patients with paranoid schizophrenia and schizotypal disorder» на 9-ом конгрессе международной ассоциации когнитивной психотерапии (Congress of the International Association for Cognitive Psychotherapy/IACP), 30 июня 2017 года, г. Клуж-Напока, Трансильвании, Румыния; «Традиционные и модифицированные техники КПТ параноидного бреда» на 4-ой Международной научно-практической конференции «Медицинская (клиническая) психология: Исторические традиции и современная практика», 12-14 октября 2017 года, Санкт-Петербург; «Дисфункциональные схемы и травматический опыт у пациентов шизофренического спектра» на конференции Ассоциации когнитивно бихевиоральных терапевтов (АКБТ), 19 апреля 2018 года, г. Москва; «Features of applying Schema Therapy for schizophrenic spectrum disorders» на конференции международного сообщества схема-терапии

«Corrective Emotional Experiences: How Schema Therapy Transforms Lives», 24-26 мая 2018 года, Нидерланды, г. Амстердам; «Adverse childhood experience and early maladaptive schemas in patients with schizophrenic spectrum disorders» на 47 Конгрессе европейской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (ЕАВСТ), 8 сентября 2018 года, г. София, Болгария.

Результаты исследования внедрены в деятельность следующих учреждений образования и здравоохранения: отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных и образовательного отделения Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова, Психоневрологического диспансера № 2 Выборгского района, Психоневрологического диспансера № 9 Невского района Санкт-Петербурга.

Личный вклад автора в получении результатов

Автором были определены цель и задачи диссертационного исследования, произведен анализ отечественной и зарубежной литературы. Автором проведена также оценка параметров психического диатеза, ранних стрессовых событий, ранних дезадаптивных и эмоциональных схем у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц. На основании полученных данных и анализа литературы сформирована персонализированная программа когнитивно-поведенческой психотерапии, учитывающая индивидуальные особенности участвующих в ней пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Автор принимал непосредственное участие в проведении персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Также автором самостоятельно проведена обработка статистических данных, дана научная интерпретация полученным результатам с последующим формулированием выводов и практических рекомендаций.

По теме диссертации опубликовано 43 работы, из них 17 в журналах, рекомендованных Перечнем ВАК Министерства науки и образования для

публикации результатов диссертационного исследования, 1 входит в международную реферативную базу данных Web of Science. Подготовлены и изданы 3 учебных пособия для врачей, 2 практических рекомендаций. Опубликовано две монографии.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 251 странице, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Список литературы содержит 303 источника, из них 59 отечественных и 244 зарубежных авторов. Текст сопровождается 3 клиническими примерами, иллюстрирован 20 рисунками и 53 таблицами.

Материал и методы исследования

Материалы, дизайн и организация исследования

Задачей первого этапа проведенного исследования являлась разработка персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Для этого с целью верификации и анализа клинико-психопатологических (а также клинико-психологических) характеристик обследованных была проведена выборка пациентов с расстройствами шизофренического спектра (102 человека), госпитализированных в отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и в дневные стационары ПНД Выборгского и Невского районов Санкт-Петербурга.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими:

- диагноз F 21.3: шизотипическое расстройство (псевдоневротическая или неврозоподобная шизофрения) со следующими психопатологическими проявлениями: обсессивно-фобическими, дисморфофобическими, небредовыми ипохондрическими, конверсионно-диссоциативными);
- диагноз F 20.0: параноидная шизофрения (вне обострения);
- отсутствие острой психотической симптоматики на момент обследования (что, помимо клинической оценки, подтверждалось результатами

психометрического измерения с помощью шкалы PANSS (менее 60 баллов) и CGI-S (4 баллов и менее);

- отсутствие суицидального риска;
- возраст пациентов 18-60 лет;
- подписание пациентами информированного согласия.

Критерии невключения были следующими:

- органическое поражение центральной нервной системы;
- задержка психического развития;
- злоупотребление психоактивными веществами (кроме табакокурения);
- наличие грубых когнитивных дисфункций (нарушений внимания и операциональной стороны мышления), препятствующих выполнению методик самоотчета (опросников).

Критерии исключения из исследования были следующими:

- отзыв больным информированного согласия;
- перевод больного в другое лечебное учреждение;
- отказ больного от заполнения психологических методик.

При анализе взаимосвязей внутри группы больных с расстройствами шизофренического спектра (102 человека) на первом этапе исследования для каждого показателя психического дефицита была построена логистическая регрессионная модель, использующая субшкалы анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) в качестве предикторов. Все логистические модели были построены и отобраны в единой логике. Первой строились базовая модель без предикторов и полная модель со всеми показателями анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) в качестве предикторов. С помощью дисперсионного анализа определялось, имеет ли полная модель преимущество в предсказательной силе по сравнению с первоначальной. В случае положительного исхода (обнаружение статистически значимых различий между моделями) из полной модели пошагово исключались наименее

значимые предикторы до тех пор, пока не была найдена наиболее информативная модель для данной шкалы.

Для сопоставления показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и субшкал Опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), а также субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» использовалась линейная регрессионная модель. Первоначально для каждой субшкалы была построена полная модель, включающая в качестве предикторов все 10 показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE). Далее методом пошагового исключения наименее значимых показателей (Stepwise Algorithm) для каждой шкалы была отобрана модель с наибольшим AIC (информационным критерием).

Для снижения размерности данных и поиска скрытой внутренней структуры в выраженности схем был применен факторный анализ: отдельно для опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)». Алгоритмом выделения факторов из корреляционной матрицы, выбранный для наших целей, стал метод максимального правдоподобия. Избранный алгоритм вращения осей – наклонное вращение промакс. Соответственно, рассмотрению были подвергнуты матрицы факторной структуры, модели факторов и корреляций между факторами.

Собранный массив данных был сопоставлен с результатами обследования 102 здоровых испытуемых.

Задачей второго этапа исследования являлась оценка эффективности разработанной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Для этого было сформировано две подгруппы, одна из которых (основная) состояла из пациентов, страдающих параноидной шизофренией или шизотипическим расстройством, в лечении которых, помимо психофармакотерапии и таких обычных реабилитационных мероприятий, как психосоциальные интервенции в виде психообразования (5 групповых встреч),

использовалась специально разработанная психотерапевтическая программа, а другая (группа сравнения) – из таких же больных, но не включенных в проведение специально разработанной психотерапевтической программы, а получавших лишь психофармакотерапию и психосоциальные интервенции в виде психообразования (5 групповых встреч). Проводимая в условиях отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных и дневных стационаров ПНД Выборгского и Невского районов Санкт-Петербурга медикаментозная терапия подразумевала использование психофармакотерапии, назначаемой с учетом клинического состояния больного, и включала в себя не только антипсихотики (преимущественно второго поколения), но также антидепрессанты и нормотимики.

В основную подгруппу в этой части исследования вошло 45 человек (24 мужчины и 21 женщина), а в подгруппу сравнения - 45 человек (23 мужчины и 22 женщины). Отбор в основную и подгруппу сравнения проводился с помощью генератора случайных чисел.

Пациенты основной подгруппы и подгруппы сравнения были обследованы троекратно: перед началом терапии, по завершении терапии и через год после выписки из отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИМЦ ПН имени В.М. Бехтерева или дневных стационаров психоневрологических диспансеров Выборгского и Невского района Санкт-Петербурга (катамнез). Обследование пациентов проводилось врачами-психиатрами, не участвующими в проводимой с этими пациентами терапии и входящими в её комплекс психотерапевтических интервенциях.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования изучался преморбидный период пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в течение которого формируется базовый (исходный, предболезненный) адаптационно-компенсаторный потенциал индивидуума, знание которого является очень важным для формирования персонализированной психотерапевтической программы в случае развития психического расстройства.

В связи со сказанным в ходе данной научной работы были проанализированы имевшиеся у обследованных больных в преморбидном периоде субклинические проявления психического диатеза, а также особенности негативного детского опыта, ранних дезадаптивных схем (по Джеффри Янгу) и эмоциональных схем (по Р. Лихи). Было произведено сравнение этих параметров у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц: исследованы взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, ранними дезадаптивными схемами, эмоциональными схемами и проявлениями психического диатеза. Вышеперечисленное помогло сделать более четкой и конструктивной разработанную программу персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии.

Психический диатез у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

В ходе проведенного исследования было выявлено, что встречаемость разных форм психического диатеза у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых имеет статистически значимые различия, с большей представленностью различных проявлений психического диатеза у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Статистически значимые различия между группами были выявлены по следующим параметрам: «Ранние проявления эпизодической формы психопато-логического диатеза», «Поздние проявления эпизодической формы психопатоло-гического диатеза», «Эпизодическая форма психосоматического диатеза»; «Фазная форма психопатологического диатеза», «Фазная форма психосоматического диатеза», «Константная форма психопатологического диатеза».

График сравнения групп по интегральным шкалам представлен на рисунке 1.

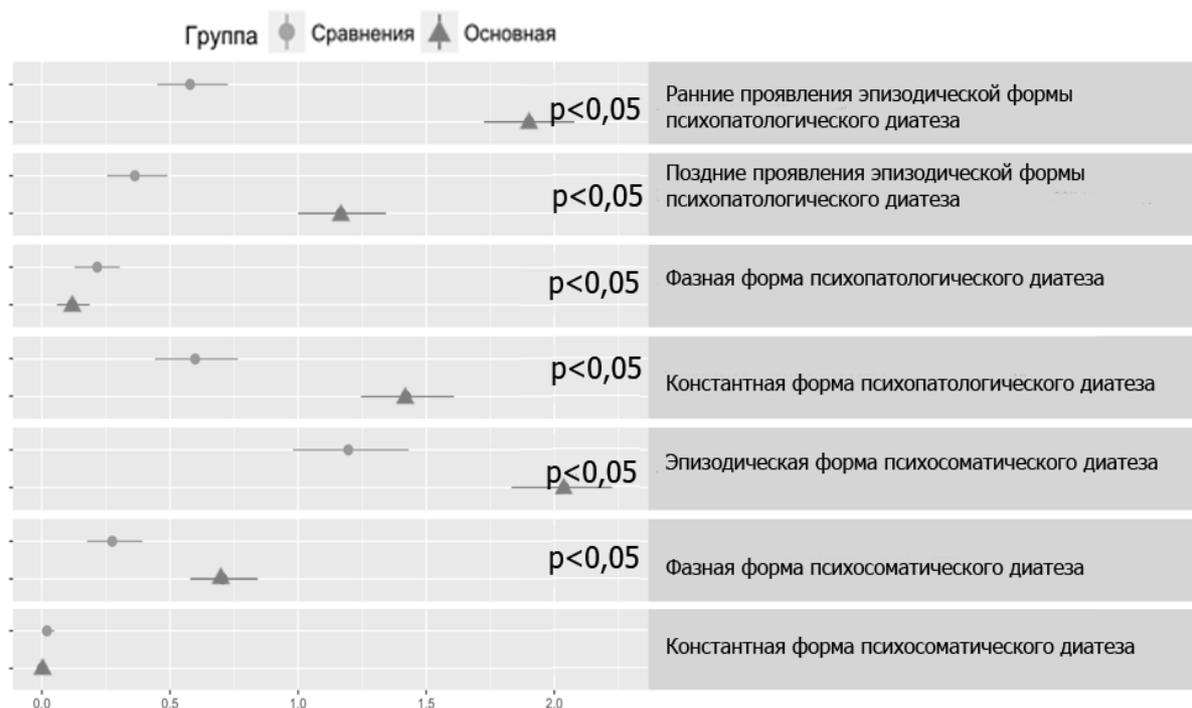


Рисунок 1 – Сравнение показателей психического диатеза у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.

Таким образом, проведенное исследование позволило, с одной стороны, подтвердить представление о нозонеспецифичности субклинических проявлений психического диатеза (обнаруживаемого как у будущих психически больных, так и здоровых лиц), а с другой (большой удельный вес психического диатеза у будущих психически больных) – подтвердить положение о его «уязвимостном» содержании и трактовке этого феномена как признаке риска психического расстройства.

Психологические характеристики преморбидного периода обследованных больных и здоровых лиц

Негативный детский опыт

В процессе изучения преморбидной уязвимости больных с расстройствами шизофренического спектра были выявлены статистически значимые различия между группами больных и здоровых как по суммарному баллу анкеты ($W = 3945$, $p = 0,0024$) «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ), так и по показателям субшкалы «психическое заболевание среди

совместно проживающих» ($\chi^2 = 3.9131$, $p\text{-value} = 0.0479$). На уровне тенденции выявлена большая, чем у здоровых лиц, представленность у пациентов с расстройствами шизофренического спектра субшкалы «контакты с зависимыми» ($\chi^2 = 2.8569$, $p\text{-value} = 0.0909$). Это может свидетельствовать о большем «объеме» неблагоприятного детского опыта в группе будущих больных с расстройствами шизофренического спектра, приводящего к повышению уязвимости этих индивидуумов. Представляется, что статистически значимые различия по субшкале «психическое заболевание среди совместно проживающих» могут отражать более сложные взаимосвязи, связанные не только с увеличением в преморбидном периоде стрессовой нагрузки (например, наличие больного родственника может свидетельствовать не только о «психологической нагрузке», падающей в семье на будущего больного, но и об увеличении «генетической нагрузки», что также может увеличивать вероятность возникновения у индивидуума расстройства шизофренического спектра). Значения переменных представлены на рисунке 2.

Полученные с помощью анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) данные о преморбидном периоде лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, позволяют не только более четко оценить наличие ранних стрессовых событий в анамнезе, но и делают возможным, в процессе текущей психотерапевтической работы с больными, вместе с пациентом провести параллели неблагоприятного анамнестического опыта с текущими переживаниями (а также убеждениями и когнитивными искажениями) пациента и более гибко адаптировать программу когнитивно-поведенческой психотерапии для большей её персонализации.

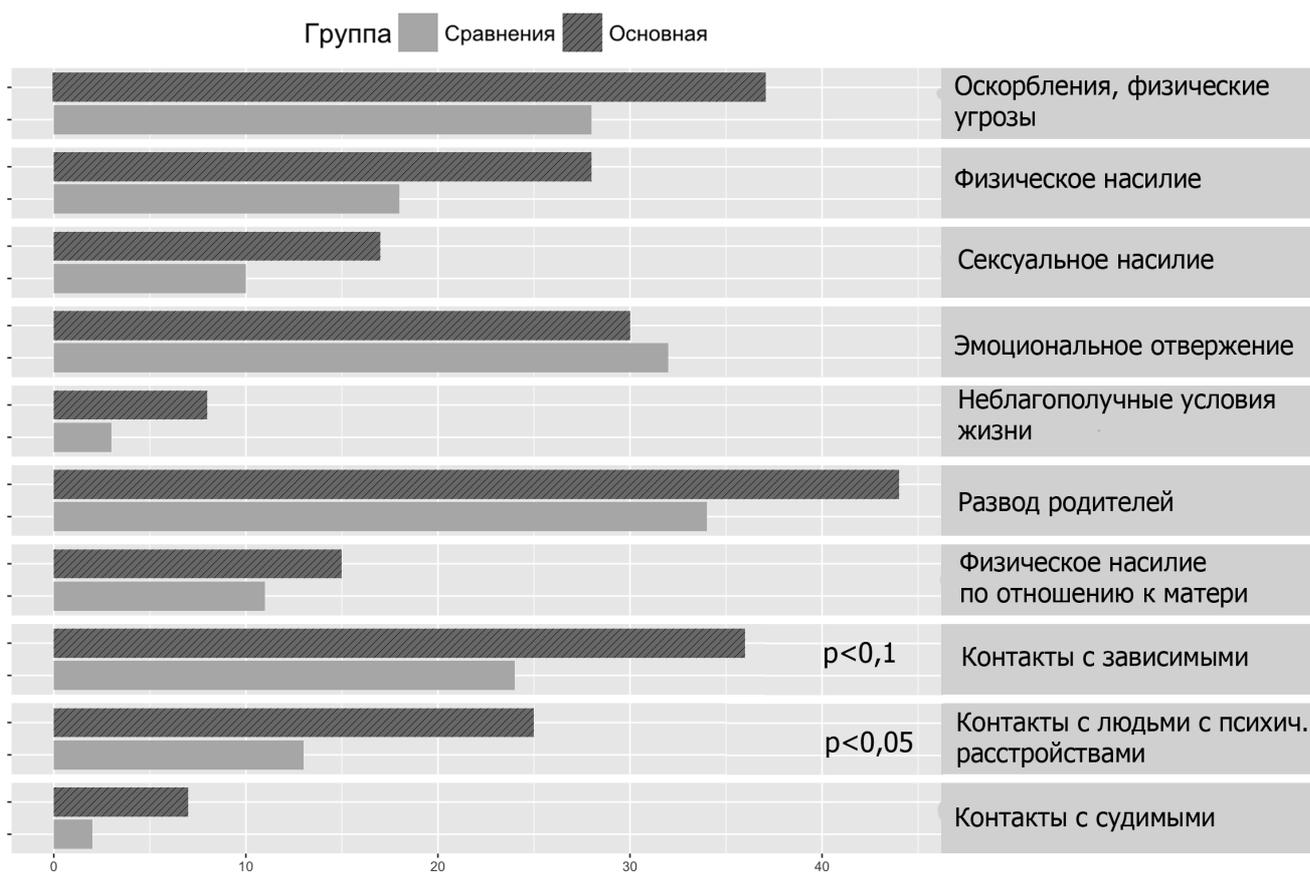


Рисунок 2 – Сравнение показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.

Ранние дезадаптивные схемы

В результате исследования было выявлено, что больные, страдающие расстройствами шизофренического спектра, и здоровые лица имеют статистически значимые различия по 14 субшкалам из 18 субшкал, характеризующих ранние дезадаптивные схемы, с большими показателями по сравнению с группой здоровых лиц, у группы пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Основная группа и группа сравнения показали статистически значимые различия по следующим субшкалам

1. «Покинутость/Нестабильность» ($W = 3997$, $p\text{-value} = 0.0042$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.30$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.39$, $Sd = 0.22$);

2. «Социальная отчужденность» ($W = 2956.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.24$, $Sd = 0.18$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.23$);

3. «Дефективность/Стыдливость» ($W = 3037$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.17$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.31$, $Sd = 0.22$);

4. «Неуспешность» ($W = 3123$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.25$, $Sd = 0.23$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.25$);

5. «Зависимость/Беспомощность» ($W = 2491.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.18$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.36$, $Sd = 0.21$);

6. «Уязвимость» ($W = 3658$, $p\text{-value} = 0.0002$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.24$, $Sd = 0.17$), чем у основной группы ($M = 0.34$, $Sd = 0.21$);

7. «Запутанность/Неразвитая идентичность» ($W = 2900.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.20$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.34$, $Sd = 0.20$);

8. «Покорность» ($W = 2932$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.25$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.42$, $Sd = 0.22$);

9. «Подавленность эмоций» ($W = 3361.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.30$, $Sd = 0.22$), чем у основной группы ($M = 0.44$, $Sd = 0.23$);

10. «Недостаточность самоконтроля» ($W = 4008.5$, $p\text{-value} = 0.0046$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.34$, $Sd = 0.19$), чем у основной группы ($M = 0.42$, $Sd = 0.22$).

11. «Эмоциональная депривированность» ($W = 4241$, $p\text{-value} = 0.022$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.19$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.27$, $Sd = 0.24$);

12. «Самопожертвование» ($W = 4120.5$, $p\text{-value} = 0.01$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.28$, $Sd = 0.18$), чем у основной группы ($M = 0.33$, $Sd = 0.16$);

13. «Негативизм/Пессимизм» ($W = 3901$, $p\text{-value} = 0.0019$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.32$, $Sd = 0.19$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.21$);

14. «Пунитивность» ($W = 3955.5$, $p\text{-value} = 0.003$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.28$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.36$, $Sd = 0.19$).

Большая выраженность дезадаптивных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра гипотетически может быть обусловлена травматическим опытом в детстве, который, в свою очередь, связан с отсутствием образования безопасной привязанности, что, уменьшая палитру адаптивно-компенсаторного потенциала при развитии заболевания, повышает как риск его возникновения, так и появление негативных тенденций течения.

Эмоциональные схемы

В процессе исследования было обнаружено, что группа больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровые лица имеют статистически значимые различия эмоциональных схем, с большими показателями в группе пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (по сравнению с группой здоровых лиц) по следующим субшкалам:

1. «Ингибирование собственных эмоций» ($W = 3941$, $p\text{-value} = 0.0025$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.73$, $Sd = 0.96$) относительно основной группы ($M = 3.23$, $Sd = 1.15$);

2. «Чувство вины за собственные эмоции» ($W = 4266$, $p\text{-value} = 0.025$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.33$, $Sd = 1.00$) относительно основной группы ($M = 2.69$, $Sd = 1.18$);

3. «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других» ($W = 4287$, $p\text{-value} = 0.0283$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.70$, $Sd = 0.98$) относительно основной группы ($M = 3.01$, $Sd = 1.12$);

4. «Низкая эмоциональная экспрессивность» ($W = 4302.5$, $p\text{-value} = 0.0308$) с меньшей выраженностью в группе сравнения ($M = 2.90$, $Sd = 0.87$) относительно основной группы ($M = 3.21$, $Sd = 1.10$);

5. «Обвинение других» ($W = 4306.5$, $p\text{-value} = 0.0327$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 3.14$, $Sd = 1.11$) относительно основной группы ($M = 3.54$, $Sd = 1.48$).

Кроме того, была выявлена связь на уровне тенденции по субшкале «Склонность к руминациям» ($W = 4394$, $p\text{-value} = 0.0536$) и её большая выраженность в основной группе ($M = 3.60$, $Sd = 1.41$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 3.21$, $Sd = 1.50$). Склонность к руминациям может отражать достаточно часто встречающийся у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, мыслительный паттерн обсессивной жвачки, существенно снижающий настроение и активность.

Вышеперечисленные параметры эмоциональных схем, как и в случае с ранними дисфункциональными схемами, важны для разработки персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии, потому что, как обнаружилось в данном исследовании, такие пациенты склонны подавлять собственные эмоции, воспринимают свои переживания как неуместные в социальном контексте и испытывают сложности с их проявлением, что способствует отгороженности от других людей и нарастанию социальной изоляции.

Взаимосвязь различных характеристик преморбидного периода.

Сопоставление проявлений психопатологического диатеза и показателей негативного детского опыта

Предиктором «Константной формы психопатологического диатеза» явились субшкала «Физическое насилие» (1.724 , $p=0.003$) и отрицательные

показатели субшкалы «Свидетельство жестокого обращения с матерью» (-2.508, $p=0.005$). Физическое насилие может вносить существенный вклад в формирование уязвимости, которая, в свою очередь, способствует проявлению константной формы психопатологического диатеза. А вот отрицательность характеристики «свидетельство жестокого обращения с матерью» может быть опосредовано связана с неучитываемыми в анкете неблагоприятными семейными факторами (например, в результате формирования у отца алкоголизма, на ранних этапах которого в семье возможно несколько чрезмерное проявление эмоциональной теплоты к ребенку, или в результате большой в целом эмоциональной экспрессивности в семье).

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить влияние, оказываемое негативным детским опытом, на формирование у будущего больного субклинических проявлений константной формы психопатологического варианта психического диатеза.

Сопоставление показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) и субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ-S3R)”

Субшкала анкеты НДО (АСЕ) «физическое насилие» явилось предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R), как: недоверие/ожидание жестокого обращения, запутанность/неразвитая идентичность, покорность, поиск одобрения, пунитивность.

Субшкала анкеты НДО (АСЕ) «сексуальное насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R), как: эмоциональная депривированность, покинутость/нестабильность, недоверие/ожидание жестокого обращения, покорность, подавленность эмоций, недостаточность самоконтроля, пессимизм. Достаточно логичным выглядит, что человек с опытом сексуального насилия (особенно со стороны близких людей) делает вывод о том, что свои

потребности не стоит проявлять, всё равно их никто учитывать не будет и, более того, при их предъявлении может последовать наказание.

Субшкала анкеты НДО/АСЕ «эмоциональное отвержение» явилась предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), как: эмоциональная депривированность, недоверие/ожидание жестокого обращения, социальная отчужденность, дефективность, неуспешность, зависимость, уязвимость, покорность, подавленность эмоций, пессимизм. Вышеперечисленное может говорить о том, что эмоциональное пренебрежение (отвержение) не способствует удовлетворению базовых эмоциональных потребностей, что, в свою очередь, запускает каскад стойких негативных эмоциональных паттернов, увеличивая уязвимость индивидуума к формированию расстройств шизофренического спектра.

Неблагополучные условия жизни, фиксируемые в анкете НДО/АСЕ, явились отрицательным предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), как: покинутость/нестабильность, неуспешность, запутанность/неразвитая идентичность, покорность, подавленность эмоций. Возможно, что неблагоприятные условия жизни, когда человек растет в дефиците ресурсов (еды, одежды), формируют большую жизнестойкость (resilience), способствуют более активному совладанию пациента с проблемами и способствуют формированию собственной идентичности и успешности (способности самостоятельно справляться с различными жизненными проблемами), выступая как фактор саногенеза.

Субшкала анкеты НДО/АСЕ «контакты с зависимыми» лицами явилась отрицательным предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), как: социальная отчужденность, запутанность, жесткие стандарты.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить влияние отдельных параметров «неблагоприятного детского опыта» будущих больных на формирование у них «ранних дезадаптивных схем».

Показатели анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

В результате исследования было выявлено, что отдельные элементы неблагоприятного детского опыта являются предикторами формирования эмоциональных схем. Так, субшкала «физическое насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность эмоций, обвинение других. Возможна следующая интерпретация данных: проявление физического насилия достаточно часто происходит в виде наказания, и ребенок может ассоциировать проявление своих эмоций с фактом наказания (как мы можем видеть из описательных статистик, в реальности взаимосвязи более сложные и учитывают несколько параметров одновременно), и, соответственно, боится потерять контроль. В последующем этот паттерн закрепляется. В случае выраженного потрясения (которым является физическое насилие) ребенок воспринимает длительность своих негативных эмоций как значительную величину, как результат значимости стресса и отсутствия поддержки со стороны значимых фигур. Таким образом, в своих сильных эмоциях ребенок начинает обвинять других, ведь физическое наказание идет именно от них.

Субшкала «сексуальное насилие» анкеты НДО (ACE) явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, ингибирование собственных эмоций.

Как видно из рисунка 3, субшкала «эмоциональное отвержение» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, чувство вины за собственные эмоции, страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность эмоций, недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других, ингибирование собственных эмоций, склонность к руминациям.



Рисунок 3 – Сопоставление субшкалы «эмоциональное отвержение» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS).

Как и в случае с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), фактор негативного детского опыта

«эмоциональное отвержение» явился предиктором наибольшего числа эмоциональных схем. Это косвенно свидетельствует о большей патогенетичности эмоционального отвержения для формирования уязвимости. Эмоциональное отвержение значимыми людьми не формирует безопасную привязанность и, соответственно, у ребенка не появляется ощущения, что мир достаточно безопасен, что он сам кому-то нужен, что его эмоции значимы и их понимают и разделяют другие люди.

Субшкала «неблагополучные условия жизни» анкеты НДО (АСЕ) явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими (отрицательная взаимосвязь), обесценивание эмоций, низкая эмоциональная экспрессивность (отрицательная взаимосвязь). Как и в случае с дезадаптивными схемами по Джеффри Янгу, субшкала «неблагоприятные условия жизни» по сути явилась фактором улучшения жизнестойкости: индивидуумы (имеющие более высокий бал по субшкале «неблагоприятные условия жизни») считают, что их эмоции не безразличны для окружающих, могут активно выражать собственные чувства, но при этом обесценивают значимость собственных эмоций для достижения ценностей.

Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) и факторов на основе субшкал опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Анализируя взаимосвязи между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS), мы обнаружили статистически значимые различия между группами по факторам «Принятие эмоций» ($\chi^2 = 17.739$, $df = 4$, $p = 0.0014$) и «Рационализация чувств» ($\chi^2 = 17.216$, $df = 4$, $p = 0.0017$). При анализе взаимосвязи между величиной суммарного балла анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) и факторами опросника «Диагностика ранних

дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)» мы обнаружили статистически значимые различия между сравниваемыми группами по факторам «Сенситивность» ($H = 13.089$, $df = 4$, $p = 0.0108$) и «Дефензивность» ($H = 10.105$, $df = 4$, $p = 0.0387$).

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить, что «накопление» неблагоприятного детского опыта в целом приводит к увеличению ощущения индивидуумом собственной уязвимости и появлению целого каскада проблем, скрывающихся за фактором «дефензивность» (неуспешность, зависимость, неразвитая идентичность, покорность, недостаточность самоконтроля, покинутость, социальная отчужденность), что представляется важным при конструировании для этого пациента психотерапевтической программы.

Связь некоторых клинических характеристик с характеристиками
преморбидного периода обследованных больных

*Влияние пола на показатели опросников «Краткой версии шкалы
эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних
дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)*

Рассматривая влияние пола на показатели «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», мы обнаружили взаимосвязь (достоверную на уровне статистической тенденции) между полом и показателем фактора «Принятие эмоций» ($W = 984$, $p = 0.0543$). У мужчин наблюдается более высокие показатели по данной шкале, чем у женщин. Это может быть связано с тем, что мужчины, страдающие расстройствами шизофренического спектра, более «спокойно» относятся к собственным эмоциям и больше принимают свой эмоциональный компонент. Этот метакогнитивный аспект имеет смысл учитывать для персонализации программы когнитивно-поведенческой психотерапии с учетом пола пациентов.

Влияние возраста на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Мы обнаружили статистически значимую положительную взаимосвязь между возрастом и фактором «Жертвенность» ($r = 0.2670$, $p = 0.0067$). Людям старшего возраста присущи более высокие показатели по данной шкале. Соответственно, люди более старшего возраста готовы жертвовать собственными интересами ради интереса других.

Учет фактора «жертвенность» важен для более старшей группы пациентов, так как такие пациенты могут недостаточно заботиться о своих потребностях, что может затруднять процесс реабилитации.

Влияние длительности госпитализации на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Относительно корреляции длительности госпитализации и показателей опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R) можно отметить, что мы обнаружили положительную взаимосвязь на уровне статистической тенденции по фактору «Дефензивность» ($r = 0.183$, $p = 0.0656$). Наши данные свидетельствуют о том, что с ростом продолжительности госпитализации у больных увеличиваются показатели по данной шкале. Можно предположить и другую гипотезу: большая длительность госпитализации пациентов обусловлена более тяжелым состоянием и в таком случае фактор «Дефензивность» связан с длительностью госпитализации опосредованно.

Взаимосвязь фактора «Дефензивность» и «длительность госпитализации» представляется интересной, но многоаспектной и требует дальнейшего изучения.

Результаты исследования этапа разработки и оценки эффективности персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии

На втором этапе исследования были определены основные параметры программы когнитивно-поведенческой психотерапии. В разработанном

варианте существенный упор был сделан на персонификации с учетом симптоматики и выделенных мишеней. Так, при преобладании в клинической картине отдельных видов позитивной и негативной симптоматики использовались техники, ориентированные на совладание с конкретной проблемой (например, слуховыми псевдогаллюцинациями, параноидным бредом). Персонификация также проводилась с учетом выявленного в анамнезе детского негативного опыта, ранних дезадаптивных и эмоциональных схем. При наличии в прошлом неблагоприятного детского опыта, находящего своё косвенное отражение в клинической картине и выраженности ранних дезадаптивных схем, использовались экспериенциальные техники (например, рескриптинг в воображении), ориентированные на восполнение в настоящем неудовлетворенных эмоциональных потребностей.

Реструктуризация дисфункциональных когнитивных схем применялась в случае подкрепления схемами дисфункциональных убеждений пациента, для чего использовался широкий диапазон техник (прежде всего — когнитивные и поведенческие, но также экспериенциальные и навыки осознанности).

Специальному анализу в проведенном исследовании был подвергнут фактор табакокурения как могущий стать одной из мишеней при конструировании психотерапевтической программы. При этом, исходя из транстеоретической модели изменений, определялась стадия готовности индивидуума к изменениям, после чего индивидуально подбирались психотерапевтические техники, направленные на борьбу с зависимым паттерном поведения.

Больные получали индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию в количестве 12-16 сессий. Длительность сессии составляла 45-50 минут, частота сессий варьировала от 3 до 1 сессии в неделю, становясь реже по мере улучшения состояния пациента и увеличении его способности к самостоятельной работе (выполнению структурированных заданий между сессиями). Как правило, на подготовительный этап отводилось 2-3 встречи,

основной этап состояли из 8-12 сессий и 2-4 встречи были отведены для суппортивного этапа.

На этапе визита 1 (начала психотерапии) не было найдено статистически значимых различий между основной подгруппой пациентов (проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу) и подгруппой сравнения (пациентов, не проходивших персонализированной когнитивно-поведенческой программы) по следующим параметрам: комплаентность (медикаментозный комплаенс), общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл общего клинического впечатления по шкале CGI, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)», что говорит о большой схожести сопоставляемых подгрупп как с точки зрения клинических, так и психологических параметров.

На этапе окончания терапии (визит 2) не обнаружено статистически значимых различий между подгруппой пациентов, проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу, и подгруппой сравнения по следующим показателям: общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)», а также общий балл Шкалы глобального функционирования (GAF).

Однако в ходе исследования было выявлено, что на этапе окончания терапии основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия по параметру «комплаентность»: ($W = 1409.5$, $p\text{-value} = 0.019$) с большими показателями в основной подгруппе ($M = 5.854$, $Sd = 1.0621$), чем в подгруппе сравнения ($M = 5.325$, $Sd = 0,9443$). Эти данные могут свидетельствовать об улучшении медикаментозного комплаенса у пациентов при условии проведения с ними персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии.

При катamnестическом исследовании (через 12 месяцев после завершения психотерапии) выявлены статистически значимые различия ($p=0.011$) между подгруппами (основной и сравнения) по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF), что свидетельствует о более успешной социальной адаптации больных подгруппы, проходившей персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии.

На рисунке 4 представлено сравнение основной подгруппы и подгруппы сравнения по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF) на этапе выписки и в катamnезе.

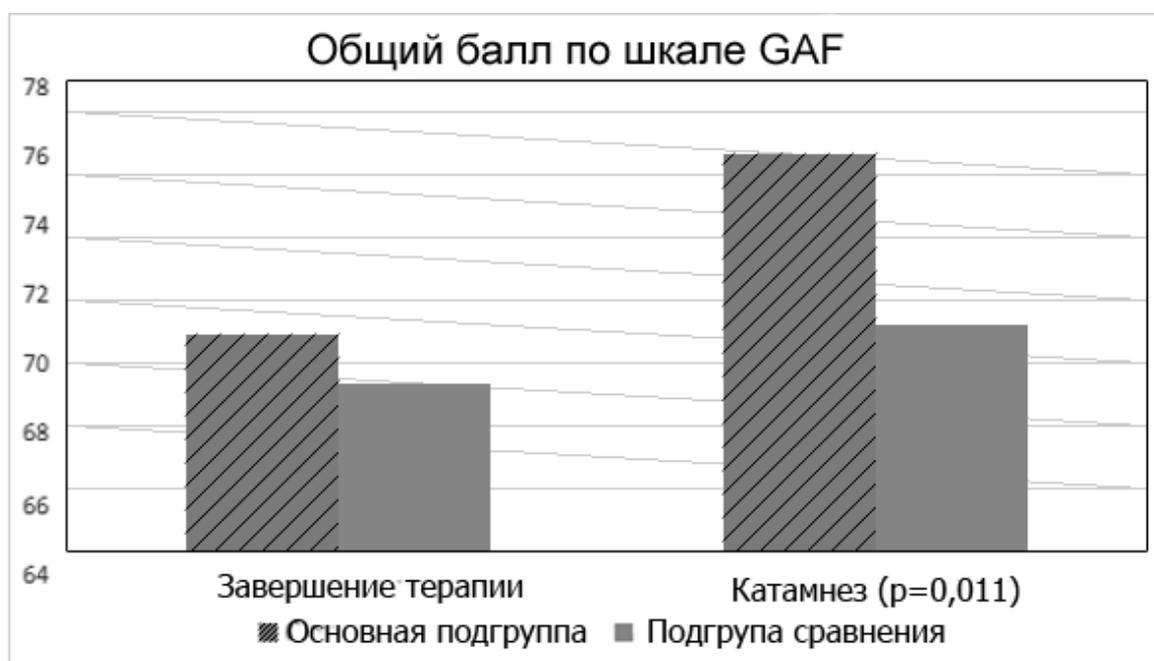


Рисунок 4 – Сравнение подгрупп по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF) на этапе выписки и в катamnезе.

Дифференцированное рассмотрение социального функционирования (Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах) обнаружило, что основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия при катamnестическом исследовании (через 12 месяцев) по следующим субшкалам «Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах»: «Профессиональная сфера»; «Межличностные

отношения» с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе, чем в подгруппе сравнения:

1. «Профессиональная сфера» ($W = 1088.5$, $p\text{-value} = 0.046$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1.97$, $Sd = 0.941$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.5$, $Sd = 1,218$).

2. «Межличностные отношения» ($W = 1041$, $p\text{-value} = 0.008$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1,86$, $Sd = 0.867$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.47$, $Sd = 0.879$).

Таким образом, подгруппа пациентов, проходивших персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии, показала более низкие балльные оценки социальной дезадаптации по параметрам «межличностные отношения» и «профессиональная сфера», что может свидетельствовать о лучшем социальном функционировании пациентов, прошедших персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии в данных сферах (зависимость шкалы обратная, чем выше балл – тем хуже адаптация) и что косвенно подтверждается более высокими суммарными показателями социального функционирования по шкале GAF в основной группе (в которой зависимость прямая, чем выше балл – тем лучше социальная адаптация).

Показатели комплаентности (лекарственный комплаенс), которые были выше в основной подгруппе к моменту завершения психотерапии, при катамнестическом исследовании нивелировались и значимо не различались в сравниваемых подгруппах пациентов. Это может говорить о необходимости проведения длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях, после завершения пациентами основного курса стационарного/полустационарного лечения, направленной, в том числе, и на стабилизацию и улучшение их комплаентности в постгоспитальном периоде.

Таким образом, проведенное исследование позволило констатировать, что использование персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии позволяет оптимизировать оказание помощи

такой сложной группе пациентов, как страдающих расстройствами шизофренического спектра.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование позволило, с одной стороны, подтвердить представление о нозонеспецифичности субклинических проявлений психического диатеза (обнаруживаемых как у будущих психически больных, так и здоровых лиц), а с другой (большой удельный вес у будущих психически больных) – подтвердить трактовку этого феномена как признака риска психического расстройства, на формирование которого определенное влияние оказывает негативный детский опыт.

2. Неблагоприятный детский опыт в преморбидном периоде оказался гораздо более отягощенным у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, что подтверждается выявлением статистически значимых различий по этому параметру между ними и здоровыми лицами как по суммарному баллу (всех 10 измеряемых в данном исследовании параметров), так и, в особенности – по параметру «психическое заболевание у лиц, совместно проживающих» с будущим больным» (хотя этот фактор не может рассматриваться изолированно, так как несет «двойную» нагрузку, свидетельствуя не только о дополнительных стрессовых ситуациях в семье проживания будущего больного, но и большей в этом случае его генетической «отягощенности»).

3. Ряд характеристик неблагоприятного детского опыта (физическое и сексуальное насилие; эмоциональное отвержение) у больных с расстройствами шизофренического спектра явились предиктором возникновения ранних дезадаптивных и эмоциональных схем. Это делает обоснованным предположение о влиянии ранних стрессовых событий на формирование психологической сенсibilизированности (в форме уязвимости или психического диатеза) к развитию психического заболевания у будущих больных с расстройствами шизофренического спектра.

4. Ранние дезадаптивные схемы, формирующиеся в преморбидном периоде у будущих пациентов, имеют у больных с расстройствами шизофренического спектра, в отличие от здоровых лиц, статистически значимые отличия по степени своей выраженности (статистически значимые различия выявлены по 14 параметрам из 18). Это может свидетельствовать не только о сложностях удовлетворения этими пациентами своих базовых эмоциональных потребностей в прошлом, но и дополнительной существенной дезинтегрированности их внутренней жизни при развитии психического расстройства.

5. Эмоциональные схемы, формирующиеся в преморбидном периоде у будущих пациентов, имеют у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, в отличие от здоровых лиц, статистически значимые отличия (большую выраженность) по таким параметрам, как ингибирование собственных эмоций, чувство вины за собственные эмоции, недостаточную согласованность собственных эмоций с эмоциями других, низкую эмоциональную экспрессивность и обвинение других, что также дополнительно дезинтегрирует их внутреннюю жизнь при развитии психического расстройства.

6. Включение разработанной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии в комплекс лечебно-реабилитационных воздействий, предназначенных для пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, способствует улучшению медикаментозного комплаенса на момент окончания лечения и улучшению показателей социального функционирования больных в целом, а также улучшению в профессиональной сфере и сфере межличностных отношений (на момент 12-месячного катамнестического обследования).

Практические рекомендации

Разработанные и внедренные в клиническую практику специальные техники и подходы пригодны для использования при психотерапевтических

интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра (в том числе дифференцированно, при преобладании в клинической картине как продуктивной, так и негативной симптоматики).

Целесообразно использовать разработанную структуру интервизии и супервизии для специалистов, участвующих в реализации персонализированной психотерапевтической программы.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Целесообразным является дальнейшее изучение преморбидного периода не только у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, но и у больных с аффективными и психосоматическими расстройствами, что будет способствовать дальнейшему развитию и совершенствованию психотерапевтической помощи данным контингентам пациентов.

Перспективным для дальнейшего развития представлений об условиях формирования уязвимости к возникновению психических расстройств представляются не только существующие в настоящее время методы ретроспективного анализа анамнестических данных (в частности - влияния неблагоприятного детского опыта) и субклинической дифференциации проявлений уязвимости, но и подключение при изучении этого феномена некоторых биологических исследований (в частности, содержания окситоцина, мезолимбического дофамина, нейротрофического фактора мозга BDNF), направленных на более точное определение эпигенетических влияний, в свою очередь связанных с неблагоприятным жизненным опытом. В этом аспекте обоснованным выглядит дальнейшее изучение ранних стрессовых событий и возможности их профилактики как мероприятий, направленных на снижение уязвимости к расстройствам шизофренического спектра.

Перспективным является также дальнейшее совершенствование как программы когнитивно-поведенческой психотерапии в целом, так и дифференциация оценки эффективности используемых при её проведении отдельных клинических модулей.

Список работ, опубликованных автором по теме диссертации

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Еричев, А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А.Н. Еричев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – №. 3 — С. 43-47.

2. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский, А.М. Моргунова // Российский Психиатрический Журнал. – 2011. – № 4. – С. 45-50.

3. Еричев, А.Н. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 9-18.

4. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия зависимости от никотина у больных шизотипическим расстройством / А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома, А.Г. Софронов и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. – № 2. – С. 60-66.

5. Еричев, А.Н. Русско-финское сотрудничество профессионалов в области психиатрии: реалии и проблемы / Д.А. Смирнова, А.А. Спикина, Ю.А. Яковлева и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, вып. 3. –С. 119-120.

6. Еричев, А.Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 6-15.

7. Еричев, А.Н. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23.– № 4. – С.45-50.

8. Еричев, А.Н. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы / А.А. Прибытков, А.Н.

Еричев, А.П. Коцюбинский и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 73-80.

9. Еричев, А.Н. Персонализированная фармакотерапия эндогенных психических расстройств / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 52-58.

10. Еричев, А.Н. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 2 / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. - № 1. – С. 65-69.

11. Еричев, А.Н. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы Часть 1. Уязвимость-диатез-стресс / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, В.О. Клайман и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2016. – № 2. – С. 3-7.

12. Еричев, А.Н. Применение техник осознанности (mindfulness) в терапии больных шизофренией (обзор иностранной литературы) / В.О. Клайман, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Вестник Психотерапии. – 2017. – № 63 (68). – С. 23-35.

13. Еричев, А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии / А.А. Прибытков, А.Н. Еричев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – Соматоформные расстройства. – № 1, ч. 1. – С. 3-10.

14. Еричев, А.Н. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, В.О. Клайман и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 81-88.

15. Еричев, А.Н. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии / А.А. Прибытков, А.Н. Еричев // Обозрение психиатрии и и медицинской психологии Имени В.М. Бехтерева. – 2017. – Соматоформные расстройства. – № 2, ч. 2. – С. 10-16.

16. Еричев, А.Н. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при шизофрении: Описание клинического случая / А.Н. Еричев // Вестник Психотерапии. – 2017. – № 61 (66). – С. 7-21.

17. Еричев, А.Н. Основные факторы развития шизофрении / А.Н. Еричев, И.И. Бодэ, В.О. Полякова и др. // Молекулярная медицина. – 2019. – Т. 17. – № 2. – С. 19-22.

Другие научные публикации

1. Еричев, А.Н. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных шизофренией / А.Н. Еричев // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения: Сб. ст. юбилейной межрег. науч.-практ. конф. психиатр. и наркол. – Краснодар, 2006. - С. 3.

2. Erichev, A.N. Efficiency of psychoeducational programs in schizophrenia patients : Электронный ресурс / A.N. Erichev // European Psychiatry. - 2008. - Vol. 23, suppl. 2. - S113-114. - Режим доступа: <https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338%2808%2900410-0/fulltext>.

3. Еричев, А.Н. Поведенческая психотерапия шизофрении. Учебное пособие / С.А. Осипова, А.Н. Еричев. - СПб.: СПб МАПО, 2009. – 32 с.

4. Еричев, А.Н. Использование печатных материалов для пациентов в когнитивно-поведенческой психотерапии // Материалы XV съезд психиатров России. - М.: Медпрактика, 2010. - С. 304-305.

5. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая терапия при параноидных идеях. XV съезд психиатров России / А.Н. Еричев, А.М. Моргунова, А.П. Коцюбинский // Материалы съезда. - М.: Медпрактика, 2010. — С. 315-316.

6. Еричев, А.Н. Психотерапевтические навыки в лечении пациентов, зависимых от никотина. – Психиатрия и наркология в XXI веке / А.Н. Еричев, А.Г. Софронов // Сборник научных статей / Под ред. А.Г. Софронова. - СПб.: Медпресса, 2011.— С. 32-40.

7. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия шизофрении: разработка плана лечения / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский, А.М. Моргунова // Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических

расстройств: Материалы науч. –практ. конф. с межд. участием. - СПб., 2011. – С. 50-51.

8. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия негативных расстройств при шизофрении / А.Н. Еричев, А.М. Моргунова, А.П. Коцюбинский // Современные методы психотерапии: Материалы ежегод. науч.-практ. симп. / Под ред. С.А. Осиповой, В.И. Курпатова – СПб.: СПб МАПО, 2011. – С. 119-123.

9. Еричев, А.Н. Особенности когнитивной концептуализации при когнитивно-поведенческой психотерапии больных с параноидным бредом при шизофрении. / А.Н. Еричев, А.М. Моргунова, А.П. Коцюбинский // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология: Материалы 8 Всерос. общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конф. – М., 2011. — С. 85-86.

10. Еричев, А.Н. Психотерапевтические навыки в лечении пациентов, страдающих зависимостью от никотина. Учебное пособие / А.Н. Еричев, А.Г. Софронов. – СПб.: МАПО МЕДПРЕССА, 2011. – 32 с.

11. Еричев, А.Н. Основные задачи по усовершенствованию помощи психически больным на современном этапе / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома // Тюменский Медицинский Журнал. – 2012. – № 1. – С. 25.

12. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия сегодня участием / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский, А.П. Федоров // Когнитивная психотерапия: вчера, сегодня, завтра: Сб. науч.-практ. конф. с международным. – СПб., 2012. – С. 25-27.

13. Еричев, А.Н. Поведенческая психотерапия / А.Н. Еричев, Г.П. Костюк, Е. С. Курасов и соавт. // Психотерапия: учебное пособие / Под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова. – СПб.: СпецЛит, 2012. — Гл. 4. – С. 52 -74.

14. Еричев, А.Н. Когнитивная терапия Бека и рационально-эмотивная терапия Эллиса / Н.Н. Баурова, А.Н. Еричев, Г. П. Костюк и соавт. // Психотерапия: учебное пособие / Под ред. В. К. Шамрея, В. И. Курпатова. – СПб.: СпецЛит, 2012. - Гл. 5. – С. 74 -97.

15. Еричев, А.Н. Роль психообразовательных программ в реабилитации больных шизофренией / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Saarbrucken: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.KG, 2012. – 123 с.

16. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с расстройствами шизофренического спектра / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Вестник Ассоциации Психиатров Украины. – 2013. – № 4. – С. 83-87.

17. Еричев, А.Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия эндогенных психических расстройств / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Российский психотерапевтический журнал. – 2013. – № 1 (6). – С. 14-19.

18. Еричев, А.Н. Супервизия в когнитивно-поведенческой психотерапии // Российский психотерапевтический журнал. – 2013. – №.1 (6) – С.59-63.

19. Еричев, А.Н. Возможности и перспективы использования когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с эндогенными психическими расстройствами / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. - 2013. - Вып. 1. – С.41-59.

20. Еричев, А.Н. Преимущества использования печатных материалов для пациентов. / А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: Материалы науч.-практ. конф. с межд. участием. — СПб., 2013 – С. 35-36.

21. Еричев, А.Н. Шизофрения: современные представления об этиопатогенезе и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии / А.Н. Еричев, О.Д. Шмоница, В.О. Клайман // Вестник Русской христианской гуманитарной академии. – 2015. – Т. 16. – № 3. – С. 385-391.

22. Еричев, А.Н. Особенности психотерапии / А.П. Коцюбинский, О. В. Гусева, А.Н. Еричев и др. // Аутохтонные непсихотические расстройства: коллективная монография / Под ред. А. П. Коцюбинского. – СПб., 2015. — С. 332-392.

23. Еричев, А.Н. Особенности персонализированной терапии эндогенных аффективных расстройств / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев и др.

// Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: Всерос. XVI Съезд психиатров России. - Казань, 2015. - С. 110.

24. Еричев, А.Н. Реабилитация психически больных в условиях комплекса дневной/ночной стационар / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксёнова и др. // Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты. – СПб., 2017. - С. 449-474.

25. Еричев, А.Н. Использование техник осознанности в структуре психотерапии пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра / А.Н. Еричев, В.О. Клайман, А.П. Коцюбинский // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сб. метод. рекомендаций / Под ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: КОСТА, 2018. — С. 240-259.

26. Еричев, А.Н. Особенности психотерапии при расстройствах шизофренического спектра / О.В. Гусева, А.Н. Еричев, А.П. Коцюбинский // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: Сб. метод. рекомендаций / Под ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: КОСТА, 2018. — С. 309-343.