

Антохин Евгений Юрьевич

**ПОСТПРИСТУПНЫЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ
ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД**

3.1.17 – психиатрия и наркология (медицинские науки)

5.3.6 – медицинская психология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной
степени доктора медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор Незнанов Николай Григорьевич
доктор медицинских наук, профессор Будза Владимир Георгиевич

Официальные оппоненты:

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Лиманкин Олег Васильевич - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Малыгин Ярослав Владимирович – доктор медицинских наук, доцент кафедры многопрофильной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» Правительства Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Защита состоится “03” октября 2024 г. в 12:00 на заседании диссертационного совета 21.1.035.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3) и на сайте института: bekhterev.ru

Автореферат разослан "30" августа 2024 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации

Оказание эффективной помощи пациентам, страдающим шизофренией, направленной не только на редукцию острой психотической симптоматики, но и на сохранение социального функционирования и интеграцию пациента в социум по-прежнему остается значимой нерешенной задачей здравоохранения. Выделение пациентов, перенесших первый психотический эпизод (ППЭ), в отдельную группу для изучения и проведения лечебных мероприятий в том числе и психосоциальных интервенций стало инновационным решением, которое позволяет максимально задействовать здоровый ресурс личности в лечебном процессе, что требует разработки мишень центрированных программ, учитывающих индивидуально-психологические особенности пациентов. Большое количество исследований показали особенности психопатологии с различным соотношением позитивной и негативной симптоматики в клинических проявлениях дебюта шизофрении, требующей отличной от классически принятой тактики ведения (Незнанов Н.Г., Шмуклер А.Б., Костюк А.Г., Софронов А.Г., 2018; Карпенко О.А., 2021; Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2021; Лиманкин О.В., Конюшенко К.К., Линова Л.П. и др., 2023; Ferraro L., La Cascia C., La Barbera D. et al., 2021; Estradé A., Onwumere J., Venables J. et al., 2023). Сегодня уже накоплен опыт работы клиник первого эпизода по всему миру, в том числе и в России, в числе первых - в г. Москве, Санкт-Петербурге и Оренбурге.

Развитие биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии подразумевает активное исследование не только биомаркеров психических заболеваний, но и роли психологических и социальных факторов в манифестации, течении и лечении в том числе тяжелых психических расстройств. Особое значение это имеет для пациентов с ППЭ, когда больные сталкиваются с травматическим опытом психоза и постановкой диагноза серьезного психического заболевания с неопределенным прогнозом, где индивидуальные защитно-совладающие механизмы, характер самостигматизации может в значительной степени повлиять на приверженность лечению и социальное функционирование. С другой стороны, сохраненный личностный ресурс, отсутствие личностных изменений вследствие хронического психического заболевания может позволить достичь хороших результатов при правильно организованной системе лечения (Лиманкин О.В., Спикина А.А., Парфенов Ю.А., Отмахов А.П., 2016; Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Добровольская А.Е. и др., 2019; Каледа В.Г., Тихонов Д.В., 2022; Verdolini N., Borràs R., Sparacino G. et al., 2022). Особенно важным признан подход с реализацией активных психосоциальных интервенций на этапе формирования ремиссии ППЭ (Лиманкин О.В., Трущелёв С.А., 2019; Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Трусова А.В. и др., 2020; Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2021; Карпенко О.А., 2021; Correll C.U., Galling B., Pawar A. et al., 2018; Correll C.U., Fusar-Poli P., Leucht S. et al., 2022; Maechling C., Yrondi A., Cambon A., 2023). Сегодня хорошо известно, что несмотря на использование современных нейрорептиков далеко не всем пациентам с ППЭ удастся достичь полной ремиссии к моменту выписки из стационара, дифференцированный подход с выделением различных вариантов частичной ремиссии может существенно улучшить качество оказываемой помощи. В отношении пациентов с ППЭ значимым на этапе становления ремиссии становятся также субъективно переживаемый опыт психоза и нозогенные депрессивные реакции, требующие оказания психотерапевтической помощи, учитывающей структуру психической адаптации (Васильева А.В., Лемешко К.А., 2017, 2018; Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2020; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., 2020; Silva A.H.S.D., Vedana K.G.G., Tressoldi L.S. et al., 2019; Long J., Hull R., 2023). Доказана эффективность работы с семьёй пациента, прежде всего с матерями, поскольку именно на матерей ложится основное бремя болезни ребёнка (Дереча В.А., Дереча Г.И., Габбасова

Э.Р. и др., 2019; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Вид В.Д. и др., 2021; Макаревич О.В., 2023; KlagesD., EastL., Usher K., JacksonD., 2020; PrasadF., Hahn M. K., Chintoh A. F. et al., 2023).

Изучение психопатологии больных с ППЭ вновь актуализировало проблему определения диагностической, прогностической и терапевтической значимости депрессии в клинической картине шизофрении. Распространенность депрессии при шизофрении, по данным ряда авторов, составляет около 40%, однако данный показатель значительно варьирует в зависимости от стадии заболевания (первые эпизоды, повторные эпизоды), этапа течения - продром, острый период, постприступный период (ConleyR.R., Ascher-SvanumH., ZhuB. et al., 2007, Tolla., PechuanE., BergéD. et al., 2023). В острых эпизодах частота депрессии составляет до 60%, в то время как на постприступном этапе частота умеренной и тяжелой депрессии колеблется от 20% при хронической шизофрении до 50% после лечения первого эпизода (UpthegroveR., BirchwoodM., RossK. et al., 2010; SánchezI. B., AgudoA. M., Guerrero-JiménezM. et al., 2023). Катамнестическая оценка развития депрессии при шизофрении показывает, что до 80% пациентов переносят клинически значимый депрессивный эпизод в одной или более временной точке в течение инициальной стадии. Таким образом, кросс-секционные данные заметно недооценивают истинную распространенность депрессии при шизофрении, особенно в постприступный период. Большой разброс статистической оценки депрессии при шизофрении (от 20 до 80%) объясняется и проблемой дифференциации аффективных и негативных симптомов, что свидетельствует о недостаточно изученной их симптоматологической коморбидности (Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2021; BosanacP., CastleD., 2012; OguchiY., NakagawaA., KochaH., 2023).

Оптимизация психо- и лечебно - профилактических мероприятий, повышение эффективности психотерапевтического воздействия, прежде всего, за счет своевременности и точности диагностики, может быть реализована на основе мультидисциплинарного подхода, посредством исследования состояния пациента как на психопатологическом, так и на патопсихологическом уровнях. За счет комплексности психосоциальных воздействий, которая может быть обеспечена именно интеграцией смежных методологических подходов, с наибольшей вероятностью будет улучшен социальный прогноз, качество жизни и одновременно снижено экономическое бремя болезни (Кабанов М. М., 1985; Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г., 1985; Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зинченко Н.М., 2000; Незнанов Н.Г., 2009; Карпенко О.А., 2021; Tsuang M. T., 1982; Kay S.R., Sevy S., 1990; Leucht S., 2014; MalyginY.V., TsygankovD.B., MalyginV.L., ShamovS.A., 2020; CitromeL., MychaskiwM.A., CortezA. et al., 2023).

Степень разработанности темы исследования. Клинико-психологическое влияние депрессивных проявлений на патогенез эндогенного процесса остаётся неизученным, поскольку психопатологический и феноменологический аспекты депрессивных расстройств при шизофрении традиционно рассматриваются изолированно, крайне мало уделяется внимания дебюту эндогенного процесса. Проблемы дифференциации депрессивного синдрома, вопросы соотношения его с другими психопатологическими симптомокомплексами также требуют более тщательного изучения. В отношении шизофрении означенные проблемы проявляют себя особенно ярко, так как роль и место депрессивных расстройств в клинической картине на постприступном этапе первого эпизода болезни пока не определена (Бубнова Ю.С., Дорофейкова В.В., Мазо Г.Э., Петрова Н.Н., 2012; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. и др., 2013; Германова К.Н., Читлова В.В., 2014; Бархатова А.Н., 2016; Мазо Г.Э., Кибитов А.О., 2019; Каледа В.Г., Тихонов Д.В., 2022; Петрова Н.Н., 2023; AbdinE., ChongS.A., VaingankarJ.A. et al., 2017; AddingtonJ., PiskulicD., LiuL. et al., 2017; BornheimerL.A., CobiaD.J., LiVerdugoJ. et al., 2022; CaoX., ChenS., XuH. et al., 2022; PaquinV., MallaA. K., IyerS. N. et al., 2023).

Предлагаемые классификации сформированы, исходя из разнообразных критериев, что не позволяет в полной мере обеспечить точность и своевременность диагностики, в

силу чего имеет место потребность в формировании подхода, ориентированного на единый диагностический принцип, создание унифицированной диагностической системы (Наджаров Р.А., Цуцукловская М.Я., Концевой В.А. и др., 1985; Воробьев В.Ю., 1988; Жмуров В. А., 2002; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Добровольская Ю.В., Ханнанова А.Н., 2009; Бархатова А.Н., 2016; Малыгин Я.В., Орлова А.С., Малыгин В.Л., 2022; Lysaker P.H., Davis L.W., 2005; Rosen C., Grossman L.S., Harrow M. et al., 2011). Соотношение депрессивных расстройств с другими психопатологическими проявлениями рассматриваются недостаточно, что в наибольшей мере действительно по отношению к ППЭ шизофрении (Наджаров Р.А., 1972; Вовин Р.Я., Фактурович А.Я., Гусева О.В., 1988; Олейчик И.В., 2011; Harrow M., Yonan C.A., Sands J.R., Marengo J., 1994; Harvey P.D., 2010; Gaebel W., Salveridou-Hof E., 2022). До настоящего времени единой дифференциально -диагностической тактики, которая могла бы стать основой для формирования эффективного и оптимального диагностического алгоритма рассматриваемого спектра депрессивных расстройств, не разработано.

Результаты патопсихологических исследований в контексте диагностики депрессивных расстройств при шизофрении все также остаются без должного внимания, несмотря на их очевидную значимость в оценке структуры и динамики ППЭ на этапе перенесенного приступа с формированием ремиссии. По-прежнему психопатологический и патопсихологический уровни изучения смежные, но не интегрированы, по-прежнему комплексный подход, ценность и перспективность которого декларируется в многочисленных исследованиях, нельзя считать разработанным в той степени, которая могла бы способствовать исследовательской и клинической практике.

Цель исследования: разработка многомерной диагностики постприступных депрессий, как варианта частичной ремиссии у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, с выделением клинико-психопатологических стереотипов и индивидуально-психологических особенностей пациентов для обоснования практических рекомендаций по дифференцированному подходу к терапии и применению психокоррекционных тренинговых программ.

Задачи исследования:

1. Выделить постприступную депрессию (ППД) как вариант частичной ремиссии при первом психотическом эпизоде (ППЭ).
2. Описать на основании анализа клинико-психопатологических и психометрических данных клинические типы и варианты ППД.
3. Определить специфические индивидуально-психологические характеристики пациентов с ППД при первом эпизоде шизофрении.
4. Оценить особенности психотравмирующего влияния диагноза шизофрении на такую составляющую идентичности как самостигматизация у пациентов с ППД при ППЭ.
5. Выявить специфические характеристики личностного конструкта перфекционизма, как определяющего хрупкость самооценки, низкую фрустрационную толерантность, непереносимость несовершенств, в том числе и заболевания, у пациентов с ППД при ППЭ.
6. На основании психодиагностического анализа представить конструкцию профиля защитно-совладающего поведения у пациентов с ППД при ППЭ.
7. Учитывая общепризнанную значимость отношений с матерями в течении и реабилитации, и приверженности терапии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, определить взаимоотношения между механизмами совладания у пациентов с ППД при ППЭ и их матерей.
8. На основании комплексного психодиагностического анализа специфики совладания со стрессовыми ситуациями, в том числе и с болезнью, определить структуру психологической адаптации у больных с ППД при первом эпизоде шизофрении.

9. Выявить клинико-психопатологические, индивидуально-психологические предикторы развития ППД.

10. Предложить алгоритм диагностики ППД на этапе становления ремиссии у пациентов с ППЭ.

11. На основании выделенных индивидуально-психологических характеристик пациентов разработать, апробировать специфическую мишень центрированную трениговую программу и оценить эффекты ее применения.

Научная новизна. Впервые были описаны психопатологически самостоятельные паттерны расстройств, обладающие собственными внутренними закономерностями в результате применения психопатологического анализа ППД. Впервые предложено выделение трех обособленных профилей депрессивных психопатологических симптомокомплексов на постприступном этапе ППЭ, в структуре которых описаны значимые клинические составляющие, обуславливающие особенности терапии.

Впервые были выявлены психопатологические и патопсихологические механизмы формирования вариантов ППД на начальном этапе шизофрении на репрезентативной выборке из 243 наблюдений. Была проведена аналитическая оценка клинической и патопсихологической структуры типов и вариантов ППД. Впервые были выделены субъективные и объективные клинические и психологические предикторы развития ППД у больных, перенесших ППЭ, что будет способствовать адекватной диагностике и профилактике. Впервые определены общие и частные патопсихологические механизмы у пациентов с ППД и их матерей. Впервые разработан и апробирован на группе пациентов с ППД, перенесших первый психотический эпизод шизофрении, копинг-ориентированный тренинг с оценкой его эффекта.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные новые данные расширяют наше понимание клинико-психопатологических особенностей начальных проявлений шизофрении и роли депрессивных расстройств на этапе частичной ремиссии ППЭ. Дифференцированный подход к оценке частичной ремиссии у пациентов с ППЭ с выделением ППД дает возможность разработки комплексных лечебных программ, направленных на коррекцию выявленных нарушений и укрепление адаптационного потенциала личности пациента. Выделение специфических клинических типов и вариантов депрессивных расстройств у пациентов с ППЭ представляет интерес в планировании будущих проспективных исследований с динамической оценкой соотношения морбогенных и нозогенных влияний в траектории депрессивных нарушений. Изучение структуры психологической адаптации у пациентов с ППЭ открывает новые перспективы в понимании субъективного опыта психоза и особенностей личностного реагирования пациента на факт диагноза психического заболевания, что может способствовать совершенствованию партнерской модели в психиатрии и снижению стигматизации психических больных. Выделение предикторов позволяет своевременно прогнозировать развитие депрессивных нарушений и планировать соответствующие интервенции. Комплексный диагностический подход, включающий субъективную оценку пациента и объективное обследование специалиста позволяет качественно и своевременно верифицировать ППД, что повысит её выявляемость с инициацией терапевтических мероприятий на начальных этапах расстройства, обеспечивая позитивный прогноз. Предложенная мишень центрированная программа тренинга позволяет повысить потенциал психической адаптации и тем самым способствовать ресоциализации и улучшению социального функционирования пациентов. Представлены практические и методические рекомендации по диагностике и подходам психотерапевтических и социотерапевтических интервенций у больных шизофренией с учетом развития ППД при первом эпизоде болезни.

Положения, выносимые на защиту.

1. Больные, перенесшие ППЭ, представляют собой гетерогенную группу пациентов, среди которых большую часть занимают пациенты с депрессивной коморбидной патологией, нуждающиеся в комплексных реабилитационных лечебных программах, направленных как на профилактику рецидива шизофрении, так и на коррекцию депрессивных нарушений. Пациенты с ППД характеризуются высокой сохранностью личности с сверхкритичным отношением к перенесенному психозу и выраженными нозогенными реакциями.

2. Пациенты с ППД часто не предъявляют активные четко обозначенные жалобы на депрессивные нарушения, что определяется диссоциированной формой депрессивного состояния.

3. ППД у больных шизофренией, перенесших ППЭ, является неоднородной по типологии и клинически представлена тремя типами: с позитивной аффективностью, негативной аффективностью и смешанной категории.

4. Структура психологической адаптации у больных с ППД, включающая протективные механизмы (копинг, психологическая защита), отдельные свойства личности (перфекционизм), а также составляющую внутренней картины болезни (самостигматизация) имеет решающее значение в диагностике как клинической картины заболевания, так и влияния на его течение.

5. Копинг, психологическая защита, перфекционизм, самостигматизация у больных шизофренией с ППД, перенесших ППЭ шизофрении, определяются как потенциальные «мишени» психотерапевтического воздействия, коррекция неадаптивного полюса которых оказывает позитивное влияние на психический статус пациентов.

6. Копинг-система больных шизофренией с ППД, перенесших ППЭ, является наиболее пластичной «мишенью» краткосрочной поведенческой терапии и, в силу определяемой взаимосвязи копинга с другими психологическими структурами (прежде всего самостигматизацией и перфекционизмом), позволяет через него провести коррекцию указанных структур.

7. Разработанная система комплексного клинко-психопатологического, психометрического и психодиагностического обследования позволяет выявить предикторы формирования ППД.

8. Определяются как общие, так и специфические детерминанты протективной структуры личности больных и их матерей, что позволяет разработать соответствующие реабилитационные программы как для пациентов, так и для членов их семьи.

Степень достоверности и апробация диссертации. Дизайн и структура исследования одобрены Локально-этическим комитетом ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 8 от 01.03.2010 г.).

По материалам диссертационного исследования было опубликовано 50 статей в журналах, входящих в перечень ВАК, общее количество научных публикаций на основе материалов диссертационного исследования 80, в том числе монография, хрестоматия, пособие для врачей, 3 свидетельства о регистрации программы для ЭВМ.

Степень достоверности проведенного исследования обеспечивалась лично автором на протяжении всего исследования и достигалась путем проведения детального феноменологического и клинко-психопатологического анализа репрезентативной выборки (1182 больных в их числе 1112 больных шизофренией, перенесших ППЭ и 70 пациентов с невротическим расстройством, 124 матери пациентов, 70 здоровых лиц из числа медицинского персонала ГБУЗ ООКПБ № 1).

Для обеспечения правомерности экстраполяции полученных результатов на весь контингент больных ППЭ шизофрении была проведена статистическая обработка данных, которая позволила сделать заключение о правомерности и обоснованности результатов, а также валидности предложенных выводов.

Основные положения диссертации были представлены на VIII Всероссийской школе молодых психиатров, 2007 г. (г. Суздаль); на Общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)» совместно с Пленумом Правления Российского общества психиатров, 2008 г. (г. Москва); на 16 конгрессе Ассоциации Европейских психиатров, 2008 г. (г. Ницца, Франция); на XV съезде психиатров, 2010 г. (г. Москва); на 18 Европейском конгрессе по психиатрии, 2010 г. (г. Мюнхен, Германия); на X Всероссийской Школе молодых психиатров, 2011 г. (г. Суздаль); на Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практической конференции «Современные проблемы социальной и клинической сексологии», 2012 г. (г. Москва); на Международном Конгрессе Всемирной Психиатрической Ассоциации, 2012 г. (г. Прага, Чехия); на XV (2010 г., г. Москва) и XVI съездах психиатров России, 2015 г. (г. Казань); на Международных научно-практических конференциях «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии», 2013, 2015, 2016, 2017 гг. (г. Оренбург); на Всероссийском конгрессе с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания», 2016 г. (г. Санкт-Петербург); на Международном конгрессе Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов» 2017 г. (г. Москва); на Межрегиональной научно-практической конференции «Психиатрия и наркология Оренбуржья в ракурсе охраны психического здоровья населения Российской Федерации», 2022 г. (г. Оренбург).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», кабинетов врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов Оренбургской области, Санкт-Петербургской ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца». Материалы исследования используются при формировании программ обучения на кафедре психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, на кафедре психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, кафедре психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, кафедре клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

Вклад автора в проведённое исследование. Автор самостоятельно изучил литературу, посвящённую изучаемой проблеме; разработал дизайн исследования, включил в исследование и провел обследование пациентов и родственников; создал исследовательскую базу данных; провел математико-статистический анализ базы данных; проанализировал результаты и написал текст диссертации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертационного исследования соответствуют паспортам научных специальностей 3.1.17. «Психиатрия и наркология» и 5.3.6. «Медицинская психология». Результаты исследования соответствуют заявленным областям исследования специальности, а именно – пунктам 1-7, пункту 9, пункту 17 паспорта специальности «Психиатрия и наркология» и пунктам 1-3, пункту 6 и пункту 10 паспорта специальности «Медицинская психология».

Объём и структура работы: Материал диссертации изложен на 392 страницах машинописного текста. Работа содержит введение, семь глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список сокращений, список литературы. Диссертация проиллюстрирована 34 таблицами и 29 рисунками. Список литературы включает 665 наименований, в том числе 288 русскоязычных и 377 зарубежных источника.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая схема исследования

Общее число больных составило 1112 человек, госпитализированных в связи с первым психотическим приступом шизофрении в ГБУЗ ООКПБ № 1 и № 2 за период с 2003 по 2022 гг., обследованных после манифестного психотического эпизода на этапе формирования ремиссии.

По дизайну данное исследование является кросс-секционным натуралистическим сравнительным исследованием с основной группой и группой сравнения пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу психотического состояния в рамках расстройств шизофренического спектра. Пациенты, подходящие под критерии включения, отбирались в исследование сплошным способом. Использовались критерии первого психотического эпизода, установленные И.Я. Гуровичем с соавт. (2010). Пациенты включались в исследование в соответствии со следующими критериями: психотические проявления психических расстройств из рубрик F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства МКБ-10, выраженность которых требовала стационарного лечения; длительность заболевания по анамнестическим данным не более 5 лет после манифестного психотического приступа; не более трех госпитализаций в стационар в анамнезе, включая настоящую госпитализацию; госпитализация в стационар по неотложным показаниям. Исследование проводилось в несколько этапов.

Критерии включения пациентов на первом этапе: пациенты, перенесшие первый психотический эпизод; соответствие критериям МКБ – 10 F 20.0 – F 20.9 «Шизофрения», свободно владеющие русским языком, давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании; нахождение в частичной ремиссии (включение пациентов проводилось на основании соответствия следующим показателям выраженности расстройств по 13 пунктам шкалы PANSS: бред ($P1 \leq 4$), концептуальная дезорганизация ($P2 \leq 4$), галлюцинации ($P3 \leq 3$), возбуждение ($P4 \leq 4$), уплощенный аффект ($N1 \leq 5$), снижение эмоциональной вовлеченности ($N2 \leq 5$), снижение коммуникабельности ($N3 \leq 5$), снижение спонтанности и речевой активности ($N6 \leq 4$), манерность движений и поз ($G5 \leq 4$), депрессия ($G6 \leq 5$), необычное содержание мышления ($G9 \leq 4$), нарушение суждений и критики ($G12 \leq 5$), волевые нарушения ($G13 \leq 4$).

Критерии невключения больных: диагнозы пациентов, отличные от рубрики F2; состояние, требующее режима усиленного наблюдения в связи с острой психопродуктивной симптоматикой; выраженные когнитивные расстройства.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании на любом из его этапов; выявление критериев невключения на любом из этапов исследования (обострение психического состояния); неполное заполнение предложенных методик.

На первом этапе использовались следующие психометрические шкалы: шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS), шкала депрессии Калгари для шизофрении (CDSS). Таким образом на первом этапе клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследовано 1112 пациентов.

С целью формирования гомогенной выборки пациентов, находящихся в частичной ремиссии, на втором этапе в исследование были включены пациенты по следующим критериям: перенесшие в манифестном периоде первый галлюцинаторно-параноидный приступ (параноидная шизофрения с неполной ремиссией - рубрика F. 20.04 по МКБ-10).

С целью окончательной верификации диагноза «Шизофрения» на втором этапе **включены** пациенты с наблюдением врачом-психиатром в структуре амбулаторного приёма Клиники первого эпизода в течение не менее 1 (одного) года после первого психотического приступа.

Исключены пациенты с повторным и последующим приступами, шизоаффективным расстройством (F 25), гебефренией (F 20.1), кататонической (F 20.2), недифференцированной (F 20.3), резидуальной (F 20.5), простой (20.6) формами шизофрении, другие формы шизофрении (F 20.8), шизофрении неуточненной (F 20.9), с наблюдением врачом-психиатром менее одного года после перенесенного первого психотического приступа. Исключены больные слабоумием различной этиологии, с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженными нарушениями функций поражённой системы, а также больные с сопутствующими диагнозами зависимости от психоактивных веществ. Также исключены пациенты в возрасте младше 18 и старше 40 лет с целью минимизации патогенного влияния возрастного фактора. Для исключения возможного депрессогенного влияния антипсихотической терапии пациенты, получающие в течение последнего месяца (до включения в исследование) лечение классическими нейролептиками также не вошли в исследование.

По результатам второго этапа выборка больных шизофренией, перенесших первый галлюцинаторно-бредовой приступ, находящихся в частичной ремиссии, составила 362 человека в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $33\pm 6,23$ года).

При формировании **окончательных исследовательских выборок на третьем этапе** учитывались диагностические критерии МКБ-10 категории F20.4 «Постшизофреническая депрессия», DSMV 295.90 «Шизофрения. Первый эпизод, в настоящее время частичная ремиссия: частичная ремиссия - это период времени, в течение которого сохраняется улучшение после предыдущего эпизода и в течение которого, определяющие критерии расстройства выполняются лишь частично», МКБ-11 категории 6A20.01 «Шизофрения, первый эпизод, в частичной ремиссии», категории 6A25.2 «Депрессивные симптомы при первичных психотических расстройствах».

На заключительном этапе с помощью клинико-психопатологического обследования и Шкалы депрессии Калгари для шизофрении / англ. The Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS (Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., 1994), сформированная выборка второго этапа разделена на основную группу (группа Д) – больные с постприступной депрессией (по шкале CDSS общий балл ≥ 6 , что соответствует депрессивному эпизоду), группу сравнения (группа С) составили больные, перенесшие первый психотический эпизод шизофрении в частичной ремиссии без депрессии (по шкале CDSS общий балл < 4).

Таким образом на заключительном этапе исследования сформированы следующие группы больных шизофренией, перенесших ППЭ, находящихся в частичной ремиссии: основная группа (группа Д) – больные с ППД в количестве 243 человека в их числе 83 мужчины (34,2%) и 160 женщин (63,8%), средний возраст $32,4\pm 4,8$ лет; группа сравнения (группа С) больные без депрессивного синдрома в количестве 119 человек в их числе 42 мужчины (35,3%) и 77 женщин (64,7%) в возрасте $34,1\pm 5,2$ лет. Соотношение мужчин и женщин, а также возрастной показатель в двух группах не достигал статистически значимых различий ($p > 0,05$), что свидетельствует о сравнительной сопоставимости

исследуемых групп по указанным факторам (пол и возраст). При реализации одной из задач исследования на заключительном этапе также обследованы 124 матери пациентов (группа М) в сопоставлении со 124 пациентами, выделенными из основной группы (группа Д2).

Также на заключительном этапе из 243 обследованных больных с ППД, у 74 пациентов основной группы (группа Д3) в возрасте от 20 до 38 лет (средний возраст $26,7 \pm 5,8$ лет) проведена оценка динамики состояния в процессе комплексной терапии. В числе пациентов этой группы 36 мужчин – 47,8% (средний возраст $26,4 \pm 7,2$ лет) и 38 женщин – 52,2% (средний возраст $28,6 \pm 5,4$ лет). Для сопоставления данных по указанной выше группе было дополнительно сформированы группа сравнения и группа контроля для выявления особенностей копинг-поведения у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом. В состав группы сравнения (группа Н) вошло 70 пациентов от 20 до 39 лет (средний возраст 29,4 лет) с невротическим расстройством (категория F 4 по МКБ-10), в их числе 34 мужчины – 48,6% (средний возраст $26,8 \pm 4,2$ лет) и 36 женщин – 51,4% (средний возраст $29,8 \pm 3,2$ лет). Группа контроля включала 70 здоровых людей (группа З) из числа сотрудников медицинского персонала больницы от 21 до 39 лет (средний возраст $29,2 \pm 5,6$ лет), в их числе 34 мужчины – 48,6% (средний возраст $26,5 \pm 2,4$ лет) и 36 женщин – 51,4% (средний возраст $29,2 \pm 3,2$ лет).

Клинико-психопатологические, анамнестические и социальные характеристики пациентов были получены как из личной клинической беседы, так и из материалов истории болезни. Обследование проводилось в кабинетах медицинского учреждения, преимущественно в первой половине дня, с соблюдением этических принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Форталева, 2013). Дизайн и структура исследования одобрены Локально-этическим комитетом ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 8 от 01.03.2010 г.).

В рамках клинико-психологического исследования применялся ряд опросников. Диагностика механизмов психологической защиты проведена с помощью опросника «Индекс жизненного стиля» / англ. «Lifestyleindex», разработанного Р.Плутчиком с соавт. (Plutchik R., 1962, 1965; Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R., 1979), адаптированным на Российской выборке в Санкт-Петербургском НИПНИ им. В.М. Бехтерева Л.И.Вассерманом с соавт. (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. с соавт., 2005). Диагностика копинг-структуры проведена опросником «Преодоление трудных жизненных ситуаций, SVF120» / нем. Stressverarbeitungsfragebogen, разработанного W.Janke, G.Erdmann, W.Kallus (1985) и адаптированного в России Н.В. Водопьяновой (2009). Оценка копинг-структуры в динамике комплексной терапии проведена по методики Е.Нейм (1988) в адаптации сотрудников Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Карвасарский Б.Д., Васильева А.В., Чехлатый Е.И. и др., 2003). Структура самостигматизации исследована опросником, разработанным сотрудниками ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Ястребов В.С., Михайлова И.И., 2005). Исследование перфекционизма проведено с применением опросника перфекционизма А.Б.Холмогоровой-Н.Г.Гаранян (2008).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ MicrosoftOfficeExcel 2010 и русифицированной версии пакета IBM SPSS Statistics.

В процессе математико-статистической обработки результатов отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы были вычислены первичные описательные статистические характеристики. В качестве мер центральной тенденции использовались арифметическая средняя и стандартное отклонение – $M(\sigma)$, а также медиана и межквартильный размах – $Md (IQR)$. Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел – $\%(n)$. Распределение количественных определялось согласно критерию Колмогорова-Смирнова.

Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев. Для анализа количественных переменных использовались тест Крускала-Уоллиса и пост-хок критерий Манна-Уитни для попарных сравнений. При проведении множественного тестирования гипотез применялась поправка Бонферрони.

Нормально распределенные переменные были включены в различные виды статистического анализа: многомерный двухфакторный дисперсионный анализ, факторный анализ, корреляционный анализ (использовался коэффициент r -Спирмена), множественный регрессионный анализ, «дерево классификаций». В качестве критического уровня значимости (p), при котором отвергалась нулевая гипотеза, было выбрано значение 0,05. Общая схема исследования (дизайн) представлена в таблице 1.

Таблица 1. Общая схема исследования

1 ЭТАП
<p>Клинико-психопатологическое и психометрическое обследование 1112 пациентов, соответствующих критериям МКБ-10 F 20 «Шизофрения», перенесших первый психотический эпизод (продолжительность болезни не более 5 лет, не более 3-х приступов); объективизация частичной (неполной) ремиссии с помощью шкалы PANSS по 13 пунктам; свободно владеющих русским языком.</p> <p>Критерии невключения больных: диагнозы пациентов, отличные от рубрики F2; состояние, требующее режима усиленного наблюдения в связи с остротой психопродуктивной симптоматики; выраженные когнитивные расстройства.</p> <p>Критерии исключения: отказ от участия в исследовании на любом из его этапов; выявление критериев невключения на любом из этапов исследования (обострение психического состояния); неполное заполнение предложенных методик.</p>
2 ЭТАП
<p>включаются больные категории F 20.04; пациенты с наблюдением врачом-психиатром в структуре амбулаторного приёма Клиники первого эпизода в течение не менее 1 (одного) года после перенесенного первого психотического приступа; возраст 18-40 лет;</p> <p>исключаются больные категорий МКБ - 10 F 20.1 - 20.9, перенесшие более 1 приступа, с наблюдением менее одного года после перенесенного первого психотического приступа; получающие лечение классическими антипсихотиками в течение последнего месяца; деменцией различной этиологии, с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженными нарушениями функций поражённой системы, а также больные с сопутствующими диагнозами зависимости от психоактивных веществ.</p>
3 ЭТАП
<p>362 пациента F 20.04, перенесших 1 психотический приступ на этапе частичной ремиссии с наблюдением не менее года.</p> <p>124 матери пациентов (группа М), перенесших ППЭ с ППД.</p> <p>70 пациентов F 4 (группа Н).</p> <p>70 здоровых испытуемых из числа персонала больницы (группа З).</p> <p>Использование опросника SCL-90R для всех обследованных 3 этапа.</p>
<p>Использование диагностических критериев для категории больных F 20.04, перенесших 1 психотический приступ на этапе частичной ремиссии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - МКБ-10 категории F 20.4 «Постшизофреническая депрессия»; - DSMV 295.90 «Шизофрения. Первый эпизод, в настоящее время частичная ремиссия»; - МКБ-11 категории 6A20.01 «Шизофрения, первый эпизод, в частичной ремиссии», категории 6A25.2 «Депрессивные симптомы при первичных психотических расстройствах».

Объективизация депрессии шкалой CDSS с формированием основной группы (группа Д) и группы сравнения (группа С) - 362 пациента F 20.04	
CDSS \geq 6 баллов	CDSS < 4баллов
<u>основная группа (группа Д)</u> ППД у больных, перенесших ППЭ	<u>группа сравнения (группа С)</u> больные без депрессии, перенесшие ППЭ в частичной ремиссии
243 ЧЕЛОВЕКА (83 мужчины – 34,2 % и 160 женщин – 65,8%; средний возраст $32,4 \pm 4,8$ лет)	119 ЧЕЛОВЕК (42 мужчины – 35,3% и 77 женщин – 64,7%; средний возраст в группе $34,1 \pm 5,2$ лет)
<p>1. Оценка индивидуально-психологических особенностей:</p> <ul style="list-style-type: none"> - опросник LSI / ИЖС - диагностика механизмов психологической защиты (362 пациента F20.04, 124 матери больных группы Д); - опросник SVF – диагностика копинг-механизмов (362 пациента F20.04); - опросник НЦПЗ – диагностика самостигматизации (362 пациента F20.04); - опросник А.Б.Холмогоровой, Н.Г. Гаранян – диагностика перфекционизма (362 пациента F20.04, 124 матери больных группы Д). - опросник E.Neim – диагностика копинга (124 матери (группа М) и 124 пациента (группа Д2), 70 больных категории F4 и 70 здоровых лиц из числа медперсонала больницы), оценка динамики копинга у 74 больных группы Д3. <p>2. Статистическая обработка результатов.</p>	

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обеих группах преобладают лица женского пола. При этом группы распределены по половому составу равнозначно ($p > 0,05$): в группе Д 34,2% мужчин и 65,8% женщин, а в группе С 35,3% мужчин и 64,7% женщин. Это обосновывает возможность рассмотрения изучаемых характеристик в связи с целью и задачами исследования на выделенных группах без учета гендерных различий.

По уровню образования не определено статистически значимых различий в изучаемых выборках. В обеих группах незначительно преобладают лица со средним специальным образованием: 42,5% в группе Д и 42 % в группе С. В несколько меньшей степени представлены пациенты с высшим, либо с незаконченным высшим образованием: 38,75% в группе Д и 36,1% в группе С. Меньшая часть обследуемых пациентов имеет общее среднее образование: 18,75% группы Д и 21,9% группы С.

Характер трудовой деятельности обследуемых не всегда совпадал с профессиональной квалификацией в обеих группах. При этом статистически значимых различий в группах по указанной характеристике не установлено.

Статистически значимые различия в группах определены по фактору наличия/отсутствия брака. Так пациенты группы Д чаще не состоят в браке (35 % в сравнении с 14,3 % группы пациентов без депрессии; $p < 0,05$), в том числе по причине его расторжения с проживанием общего ребенка с другим родителем (14,8% пациентов группы Д и 7,6% пациентов группы С; $p < 0,05$). При этом статистически значимо более высокий показатель получен по фактору «состоит в браке, есть дети» в группе С (50,4%), нежели в группе Д (22,6%) при $p < 0,05$.

Клинико-психопатологическое и психометрическое исследование

По данным шкалы Калгари определяются статистически значимые различия между группами по всем симптомам шкалы ($p < 0,05$). Средний балл по шкале CDSS в исследуемых группах больных при квантифицированной оценке составил $7,64 \pm 1,73$, что

соответствует наличию депрессивного эпизода у больных группы Д и 1,73+1,77 у больных группы С, что объективизирует отсутствие депрессии (таблица 2).

Таблица 2. Оценка аффективного статуса больных шизофренией, перенесших первый галлюцинаторно-параноидный приступ (шкала CDSS)

Шкала CDSS	Группа Д, баллы, $M \pm m$	Группа С, баллы, $M \pm m$	*p
Плохое настроение	0,95±0,83	0,12±0,10	$p < 0,001$
Чувство безнадежности	0,69±0,97	0,14±0,12	$p < 0,001$
Идеи самоуничтожения	0,96±0,87	0,10±0,10	$p < 0,001$
Чувство вины	0,46±0,58	0,10±0,12	$p < 0,001$
Патологическая вина	0,77±0,81	0,14±0,10	$p < 0,001$
Утренняя депрессия	0,77±0,71	0,10±0,10	$p < 0,001$
Ранние пробуждения	0,42±0,58	0,25±0,12	$p < 0,001$
Суицидальные мысли и намерения	0,31±0,32	0,21±0,32	$p < 0,005$
Наблюдаемая со стороны депрессия	0,50±0,81	0,11±0,10	$p < 0,001$
Общий балл	7,64±1,73	1,73±1,77	$p < 0,001$

Примечание. * — различия статистически значимы ($p < 0,05$).

По данным шкалы PANSS (таблица 3) установлены статистически значимые различия показателей по большинству симптомов. В группе Д статистически значимо ниже показатели в сравнении с группой С по следующим позитивным симптомам: по бредовым идеям (Д 2,04+0,87/ С 3,13+0,74; $p < 0,001$), галлюцинаторному поведению (Д 1,77+0,91/ С 2,46+0,10; $p < 0,001$), подозрительности/бред преследования (Д 1,88+0,52/ С 2,65+1,07; $p < 0,001$). При статистически значимо низком показателе субшкалы позитивных симптомов пациентов группы Д (Д 14,58+5,29 / С 15,87+3,32; $p < 0,015$), более высокие статистически значимые показатели у пациентов с депрессией установлены по враждебности/агрессивности (Д 2,73+0,82 / С 1,47+0,74; $p < 0,001$).

Таблица 3. Сравнительная характеристика психического состояния пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от наличия симптомов депрессии с обоснованием частичной ремиссии в соответствии с критериями по PANSS

Шкала PANSS	Группа Д, баллы, $M \pm m$	Группа С, баллы, $M \pm m$	Критерии полной ремиссии
P1 Бредовые идеи	2,04±0,87*	3,13±0,74*	≤ 3
P2 Структурные нарушения мышления	2,81±0,98	2,72±0,97	≤ 3
P3 Галлюцинаторное поведение	1,77±0,91*	2,46±0,10*	≤ 3
P4 Возбудимость	1,84±0,78	1,69±0,89	≤ 3
P5 Бред величия	1,73±0,87	1,77±1,03	
P6 Подозрительность/бред преследования	1,88±0,52*	2,65±1,07*	
P7 Враждебность (агрессивность)	2,73±0,82*	1,47±0,74*	
PSSC субшкала позитивной симптоматики	14,58±5,29*	15,87±3,32*	
N1 Притупленный аффект	2,73±0,82*	3,27±1,04*	≤ 4
N 2 Эмоциональный уход	2,85±0,78*	3,29±1,05*	≤ 4
N 3 Бедность эмоциональных связей	2,92±0,78	2,82±1,07	
N 4 Апатичный социальный уход в себя	3,10±0,82	3,32±1,10	≤ 4

N 5 Нарушения абстрактного мышления	2,96±0,87*	3,53±0,10*	
N 6 Недостаток спонтанности и свободного течения разговора (бедность мышления)	2,88±1,18	2,88±1,18	≤3
N7 Стереотипное (ригидное) мышление	2,85±0,88	2,77±1,23	
NSSСубшкала негативной симптоматики	22,50±4,97	22,06±4,94	
G1 Соматическая озабоченность (ипохондричность)	3,46±0,81*	3,01±1,10*	
G2 Тревожное состояние	4,15±0,85*	1,87±1,10*	
G3 Идеи виновности	3,98±0,99*	2,72±1,04*	
G4 Напряженное состояние (внешнее проявление тревоги)	3,82±0,98*	2,73±1,05*	
G5 Манерность и вычурность	2,13±0,51	2,26±1,13	≤3
G6 Депрессия	4,12±0,99*	2,15±1,09*	≤3
G7 Моторная задержка (замедление двигательной активности)	3,58±0,75*	1,95±1,07*	
G8 Отказ от сотрудничества/взаимодействия (негативизм)	2,33±0,43*	1,85±1,11*	
G9 Необычное содержание мыслей	2,38±0,45*	3,02±0,98*	≤3
G10 Дезориентация (помрачение сознания)	1,12±0,33*	1,26±0,63*	
G11 Дефицит внимания	2,88±1,07*	2,08±1,09*	
G12 Отсутствие здравого смысла и способности к реальной оценке (отсутствие критики)	2,85±0,69*	3,53±1,04*	≤3
G13 Нарушение воли	2,95±0,98*	2,71±1,05*	≤3
G14 Слабый контроль за импульсами (инстинктами)	2,46±0,51*	2,08±1,01*	
G15 Озабоченность (аутизм)	2,78±0,90	2,69±1,01	
G16 Активный уход из социальной жизни (социальные фобии и страхи)	2,38±0,75*	2,65±1,14*	
GPSCСубшкала общепсихопатологической симптоматики	50,75±10,24*	37,36±7,11*	
TS Суммарный балл	84,08±19,26*	75,29±11,17*	

Примечание: ** статистически значимые различия показателей в группах ($p < 0,05$);

В меньшем количестве, с учетом статистической значимости, определены различия в группах по негативной симптоматике. В группе Д менее выражены экспрессивность мимики, неспособность к проявлению чувств и коммуникативной жестикюляции, определяющие притупленный аффект (N 1: Д 2,73±0,82 / С 3,27±1,04; $p < 0,001$). В меньшей степени проявляется эмоциональный уход в виде отсутствия интереса к жизненным явлениям, участию в них и ощущения эмоциональной сопричастности к ним (N 2: Д 2,85±0,78 / С 3,29±1,05; $p < 0,001$). Для больных ППД в меньшей степени характерны нарушения абстрактного мышления, проявляющиеся в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач (N 5: Д 2,96±0,87/С 3,53±0,10; $p < 0,001$). По данным шкалы PANSS установлены статистически значимые различия показателей по большинству симптомов. В группе Д статистически значимо ниже показатели в сравнении с группой С по следующим позитивным симптомам: по бредовым идеям (Д 2,04±0,87/ С 3,13±0,74; $p < 0,001$), галлюцинаторному поведению (Д 1,77±0,91/ С 2,46±0,10; $p < 0,001$), подозрительности/бред преследования (Д 1,88±0,52/ С 2,65±1,07; $p < 0,001$). При

статистически значимо низком показателе субшкалы позитивных симптомов пациентов группы Д (Д 14,58+5,29 / С 15,87+3,32; $p < 0,015$), более высокие статистически значимые показатели у пациентов с депрессией установлены по враждебности/агрессивности (Д 2,73+0,82 / С 1,47+0,74; $p < 0,001$).

Большой спектр симптомов в группах статистически значимо отличает пациентов с учетом субшкалы общих психопатологических синдромов (G), показатели которой более выражены в группе Д (Д 50,75+10,24 / С 37,36+7,11; $p < 0,001$). В группе Д статистически значимо более выражены жалобы на физическое здоровье или убежденность в наличии соматического заболевания или расстройства, которые варьировали от смутного чувства наличия болезни до отчетливого сверхценного убеждения в возможности смертельного соматического заболевания (G1: Д 3,46+0,81 / С 3,01+1,10; $p < 0,001$). Состояние депрессивных пациентов характеризовалось также субъективным переживанием нервозности, беспокойства, опасения или волнения, которые варьировали от чрезмерной обеспокоенности своим настоящим или будущим до реакции паники (G2: Д 4,15+0,85 / С 1,87+1,10; $p < 0,001$). Тревожное состояние проявлялось и в поведенческих симптомах с внешними проявлениями страха, тревоги и волнения, например, в скованности в беседе, треморе, потливости, двигательном беспокойстве/неусидчивости (G4: Д 3,82+0,98 / С 2,73+1,05; $p < 0,001$).

Клинические проявления депрессивного аффекта также нашли отражение в субшкалах общепсихопатологической симптоматики шкалы PANSS. У депрессивных пациентов статистически значимо выражены переживания печали, уныния, беспомощности и пессимизма (G6: Д 4,12+0,99 / С 2,15+1,09; $p < 0,001$). Это также сопровождается снижением двигательной активности, проявляющейся в замедлении движений и темпа речи, вялой реакции на раздражители и уменьшении физического тонуса (G7: Д 3,58+0,75 / С 1,95+1,07; $p < 0,001$).

Кроме того, у депрессивных пациентов более выражены:

- активный отказ от сотрудничества и выполнения указаний врача, медицинского персонала или родственников (G8: Д 2,33+0,43 / С 1,85+1,11; $p < 0,001$);
- расстройства целенаправленного внимания, проявляющееся в недостатке сконцентрированности, повышенной отвлекаемости, трудностях сосредоточения, поддержания, переключения внимания на новые объекты (G11: Д 2,88+1,07 / С 2,08+1,09; $p < 0,001$);
- нарушения волевой инициативы, способности добиваться поставленной цели и контролировать свои мысли, поведение, движения и речь (G13: Д 2,95+0,98 / С 2,71+1,05; $p < 0,032$);
- нарушения регуляции и контроля внутренних побуждений, что могло приводить к неожиданной, немодулированной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий, в частности в форме суицидального поведения (G14: Д 2,46+0,51 / С 2,08+1,01; $p < 0,001$).

В отличие от пациентов без депрессии по данным субшкалы G методики PANSS для депрессивных пациентов в меньшей степени (статистически значимые различия) характерны:

- возникновение странных фантастических или эксцентричных мыслей, варьирующих по содержанию от нетипичных или оторванных от жизни до искаженных, противоестественных, или явно абсурдных (G 9: Д 2,38+0,45 / С 3,02+0,98; $p < 0,001$);
- отдельные признаки проявления утраты представлений о своих взаимоотношениях с действительностью, включая место, время и окружающих людей, вследствие спутанности сознания или отгороженности от реальности (G 10: Д 1,12+0,33 / С 1,26+0,63; $p < 0,021$);
- недостаточное понимание своего психического состояния, сложившейся жизненной ситуации, что проявляется в неспособности признать наличие заболевания или его симптомов в прошлом и настоящем, отрицании необходимости госпитализации или

психиатрического лечения, принятии решений без достаточного учета их последствий, построении малореальных планов на будущее (G12: Д 2,85+0,69 / С 3,53+1,04; $p < 0,001$); - уменьшение социальной активности на почве необоснованного страха, враждебного или подозрительного отношения (G16: Д 2,38+0,75/С 2,65+1,14; $p < 0,001$).

Состояние частичной ремиссии (таблица 3) установлено на основании комбинирования категориального и дименсионального подходов клинико-функциональными критериями ремиссии, основанными на шкале PANSS. Используются данные, полученные при исследовании российской выборки больных шизофренией с валидизацией и стандартизацией шкалы PANSS для стационарных и амбулаторных пациентов (Ivanova E., Khan A., Liharska L. et al., 2018), а также данные полученные в рамках двух последовательных этапов исследования – популяционного и фармакотерапевтического (Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. и др., 2011), в том числе и при исследовании больных шизофренией с развившейся депрессией на этапе ремиссии (Петрова Н.Н., Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., 2014).

В нашем исследовании по большинству субшкал в обеих группах имеется соответствие указанным критериям полной ремиссии (таблица 3).

В основной группе по 12 субшкалам из 13 достигнуто пороговое значение полной ремиссии: субшкалы позитивных симптомов P1 - 2,04+0,87 (≤ 3); P2 - 2,81+0,98 (≤ 3); P3 - 1,77+0,91 (≤ 3); P4 - 1,84+0,78 (≤ 3); субшкалы негативных симптомов N1 - 2,73+0,82 (≤ 4); N2 - 2,85+0,78 (≤ 4); N4 - 3,10+0,82 (≤ 4); N6 - 2,88+1,18 (≤ 3); субшкалы общепсихопатологической симптоматики G5 - 2,13+0,51 (≤ 3); G9 - 2,38+0,45 (≤ 3); G12 - 2,85+0,69 (≤ 3); G13 - 2,95+0,98 (≤ 3).

В силу превышения порогового значения по субшкале G6 – депрессия 4,12+0,99 (> 3), речь идет о частичной ремиссии в данной группе пациентов именно за счет депрессивного синдрома при относительной стабилизации параноидного приступа в манифестации дебюта заболевания. Отсутствие полной ремиссии у пациентов основной группы также объективизировано довольно высоким показателем суммарного балла PANSS (84,08+19,26), который близок по данным валидизации опросника на российской выборке (Ivanova E., Khan A., Liharska L. et al., 2018) стационарным пациентам (89,82+17,41). Суммарный балл имеет довольно высокое значение за счет субшкалы общепсихопатологической симптоматики (50,75+10,24) в содержании которой представлены симптомы, часто пересекающиеся по проявлениям депрессии. Этот фактор также подтверждает нахождение больных основной группы в частичной ремиссии. При этом обращает на себя внимание то, что по субшкале позитивной симптоматики (PSS 14,58+5,29) и негативной симптоматики (NSS 22,50+4,97) пациенты основной группы сопоставимы с валидной выборкой амбулаторных пациентов: PSS 17,56+5,87, NSS 20,25+5,46.

Пациенты группы сравнения также не достигли полной ремиссии согласно критериям PANSS. Но в отличие от основной группы, недостижение ремиссии обусловлено резидуальной симптоматикой параноидного регистра, а также большей выраженностью критических для обоснования полной ремиссии симптомов по субшкале «негативные симптомы». Так по бредовым идеям P 1 имеется превышение показателя (3,13+0,74), при пороговом его значении ≤ 3 . Тем не менее, группа сравнения по ключевым шкалам PANSS при сопоставлении с данными валидации методики в большей мере соотносится с амбулаторными пациентами: PSS группа С 15,87+3,32 / амбулаторные пациенты 17,56+5,87; NSS группа С 22,06+4,94 / амбулаторные пациенты 20,25+5,46; GPS группа С 37,36+7,11 / амбулаторные пациенты 37,55+9,24; TS группа С 75,29+11,17 / амбулаторные пациенты 75,35+17,88.

Таким образом, все пациенты, вошедшие в окончательный дизайн исследования, находятся в частичной ремиссии. При этом частичная ремиссия у больных основной группы обусловлена пороговым превышением критериев преимущественно по

аффективной симптоматике, в группе сравнения преимущественно по пороговому превышению критериев позитивной и негативной симптоматики.

С учетом концепции позитивной-негативной аффективности (Смулевич А.Б., 2003) определена клиническая типология ППД у пациентов группы Д (таблица 4): с признаками позитивной аффективности – тревожный, сензитивно-психастенический, деперсонализационно-ипохондрический, тоскливо-анергический варианты; с признаками негативной аффективности – ангедонический, дистимно-апатический, дисфорический варианты; формирующиеся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра – обсессивно-руминативный, агорафобоподобный, паранойяльно-символический варианты. Среди исследуемых статистически значимо ($p < 0,05$) преобладают пациенты у которых после перенесенного приступа диагностирована ППД с позитивной аффективностью: 114 пациентов или 46,91% от общего числа больных группы Д.

ППД, формирующаяся за счет расстройств неаффективного спектра (средний индекс GSI $1,91 \pm 0,29$) является типом, который вызывает наиболее сильную субъективную тяжесть страдания у пациентов, по сравнению у пациентов ППД с позитивной аффективностью (средний индекс GSI $1,81 \pm 0,35$). Субъективно более лёгкой для пациентов является тип ППД с негативной аффективностью (средний индекс GSI $1,43 \pm 0,39$ при $p < 0,001$), что, тем не менее, не означает, что его можно рассматривать как терапевтически наиболее благоприятный.

Таблица 4. Клиническая типология ППД с индексом субъективной тяжести болезни

типы и варианты	количество больных	индекс GSI ($M \pm m$, б.)
ППД с признаками позитивной аффективности (1 тип) – 114 пациентов (46,91%); средний показатель GSI $1,81 \pm 0,35$ б.		
тревожный	35	$1,78 \pm 0,31$
сензитивно-психастенический	34	$1,81 \pm 0,21$
деперсонализационно-ипохондрический	23	$1,62 \pm 0,23$
тоскливо-анергический	22	$2,05 \pm 0,68$
ППД с признаками негативной аффективности (2 тип) – 72 пациента (29,63%); средний показатель GSI $1,43 \pm 0,39$ б.		
ангедонический	29	$1,31 \pm 0,42$
дистимно-апатический	22	$1,27 \pm 0,28$
дисфорический:	21	$1,72 \pm 0,47$
ППД, формирующиеся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра (3 тип) – 57 пациентов (23,36%); средний показатель GSI $1,91 \pm 0,29$ б.		
обсессивно-руминативный	23	$1,83 \pm 0,27$
агорафобоподобный	18	$1,89 \pm 0,45$
паранойяльно-символический	16	$2,01 \pm 0,16$
уровень статистической значимости	$1/2: < 0,001; 3/1: < 0,05; 3/2: < 0,001$	

ППД выявляется у значительного числа больных с первым психотическим эпизодом, даже после исключения группы с фармакогенными депрессиями, как за счет субъективно предъявляемых жалоб, нозогенных депрессивных переживаний, так и в результате психометрической оценки состояния пациентов.

Частичная ремиссия с преобладанием депрессивной симптоматики может быть выделена в качестве самостоятельного варианта у пациентов с первым психотическим эпизодом, где преобладают проявления аффективного симптомокомплекса.

Группа больных ППД по сравнению с больными без аффективной патологии, перенесших первый психотический эпизод статистически значимо отличается сохранностью к проявлению чувств и коммуникативной жестикюляции, присутствует вовлеченность в жизненно значимые ситуации, что позволило дифференцировать депрессивные нарушения от притупления аффекта.

Таким образом, сочетание клинико-психопатологического и психометрического методов определило системную клиническую диагностику ППД у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод с определением ее типологии в концепции позитивной-негативной аффективности и обоснованием понятия «диссоциированная постприступная депрессия».

Исследование перфекционизма

Следующим этапом работы было проведение клинико-психологического исследования структуры психологической адаптации пациентов, а также их матерей.

Таблица 5. Показатели перфекционизма в исследуемых группах

группы	шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
Группа Д:						
1 тип ППД	13,9±3,0	11,4±3,3	9,6±3,6	7,4±2,3	10,3±2,7	57,2±8,2
тревожный вариант	13,5±3,0	11,2±3,2	9,7±3,5	7,4±2,3	10,5±2,7	57,0±8,4
сензитивно-психастенический вариант	14,2±2,8	11,7±3,5	9,6±4,3	7,4±2,4	10,7±2,7	58,1±8,3
деперсонализационно-ипохондрический вариант	13,4±2,7	11,1±3,0	9,0±3,1	7,3±2,1	10,1±2,6	55,6±6,3
тоскливо-анергический вариант	14,3±3,4	11,6±4,1	10,1±3,4	7,5±2,6	10,0±2,7	58,1±9,7
2 тип ППД	12,2±3,2	12,1±4,0	10,0±3,0	6,3±2,1	9,6±2,9	54,7±8,1
ангедонический вариант	11,6±2,6	11,5±4,0	9,7±2,6	5,5±2,3	9,7±3,3	52,4±8,8
дистимно-апатический вариант	12,8±4,2	12,6±4,1	11,0±3,1	6,7±2,0	9,6±2,3	57,1±7,7
дисфорический вариант	12,3±2,7	12,2±3,8	9,2±3,3	6,8±2,3	9,4±3,2	54,6±7,8
3 тип ППД	13,7±3,4	11,0±2,9	10,3±3,7	7,5±2,6	10,5±2,9	57,7±9,7
обсессивно-руминативный вариант	13,4±3,2	11,6±3,1	10,0±3,8	7,8±2,2	10,4±2,7	57,9±7,9
агорафобоподобный вариант	14,0±3,0	11,4±3,4	10,7±3,8	7,3±2,4	10,7±3,0	59,3±9,0
паранойяльно-символический вариант	13,6±4,1	10,1±2,3	10,1±3,5	7,3±3,3	10,4±3,0	55,9±12,2
Общий средний показатель группы Д	13,3±2,9	11,5±3,4	10,0±3,4	7,1±3,3	10,1±2,8	56,5±8,7
Группа С	9,0±4,8	9,2±4,6	8,0±4,3	3,3±3,1	7,3±4,1	40,0±18,6
Группа З	11,0±5,2	10,7±4,0	9,1±3,7	4,3±2,7	7,5±2,9	47,7±13,7

Примечание. Факторы перфекционизма: 1. Восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2. Завышенные притязания и требования к себе; 3. Высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4. Селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5. Поляризованное мышление - «все или ничего»; 6. Общий показатель перфекционизма.

Среди всех вариантов ППД (группа Д) общий показатель перфекционизма (таблица 5) распределился в следующей последовательности по убыванию: агорафобоподобный (59,3+9,0), сензитивно-психастенический (58,1+8,3), тоскливо-анергический (58,1+9,7), обсессивно-руминативный (57,9+7,9), дистимно-апатический (57,1+7,7), тревожный (57,0+8,4), паранойяльно-символический (55,9+12,2), деперсонализационно-ипохондрический (55,6+6,3) и самый низкий дисфорический варианты (54,6+7,8).

Анализируя структуру перфекционизма с присущим его вариантам определённому типу ППД установлено, что восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими) более присуще больным с тоскливо-анергическим вариантом ППД (14,3+3,4), а также сензитивно-психастеническим (14,2+2,8) и агорафобоподобным вариантами ППД (14,0+3,0); завышенные притязания и требования к себе более свойственны пациентам с дистимно-апатическим (12,6+4,1) и дисфорическим вариантами ППД (12,2+3,8); высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» более характерны при дистимно-апатическом (11,0+3,1) и агорафобоподобном (10,7+3,8) вариантах ППД; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках присуще в большей мере для ППД 2 типа (баллы от 7,3 до 7,8) при ведущем обсессивно-руминативном варианте (7,8+2,2) и 1 типу ППД (от 7,3 до 7,5), а именно тоскливо-анергическому варианту (7,5+2,6); поляризованное мышление - «все или ничего» преобладает при вариантах ППД с высоким уровнем тревоги: сензитивно-психастеническом (10,7+2,7), агорафобоподобном (10,7+3,0) и тревожном (10,5+2,7).

Также в группе Д статистически значимо превышение общего показателя перфекционизма. Данный анализ показывает, что у больных с ППД структура перфекционизма является патологической и может определять тяжесть депрессии и её неудовлетворительный прогноз. Соответственно можно говорить о личностном перфекционизме больных ППД как «мишени», прежде всего, психотерапии и/или психологической коррекции.

Статистический анализ показал также и определённые различия структуры перфекционизма в группах больных ППД с учётом признаков позитивной/негативной аффективности или ППД, формирующихся за счёт психопатологии неаффективного регистра.

Сравнение показателей перфекционизма у больных ППД 1 и 2 типов показало преобладание у больных с 1 типом: восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания при постоянном сравнении себя с другими (13,8+0,4/12,2+0,5; p=0,000); селектирования информации о собственных неудачах и ошибках (7,4+0,1/6,3+0,6; p=0,000); поляризованного мышления (10,4+0,3/9,6+0,1; p=0,000). Отмечено превышение общего показателя перфекционизма также при первом типе ППД в сравнении со вторым (57,3+1,0/54,5+2,0; p=0,000).

Напротив, больным 2 типа ППД в сравнении с больными 1 типа ППД в проявлениях перфекционизма более свойственны завышенные притязания и требования к себе (12,0+0,5/11,4+0,3; p=0,000), а также высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» (10,0+0,7/9,6+0,4; p=0,003).

Меньше статистически значимых различий по сравнению с предыдущим сопоставлением различных типов ППД получено в сравнении 1 типа ППД и 3 типа ППД. В этом случае больным с 1 типом ППД больше присущи завышенные притязания и

требования к себе ($11,4+0,3/11,0+0,6$; $p=0,047$), а больным с 3 типом ППД высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» ($10,2+0,3/9,6+0,4$; $p=0,001$). Тем не менее более высокий уровень общего показателя перфекционизма присущ пациентам с 3 типом ППД ($57,8+2,0/57,3+1,0$; $p=0,01$).

Статистический анализ сравнения данных при разновидностях ППД 2 и 3 типов показывает свойственные в большей степени депрессивным пациентам 2 типа завышенные притязания и требования к себе ($12,0+0,5/11,0+0,6$; $p=0,01$). Напротив, пациентам с 3 типом ППД более свойственны: а) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания ($13,6+0,3/12,2+0,5$; $p=0,00$); б) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках ($7,5+0,6/6,3+0,6$; $p=0,00$); в) поляризованное мышление - «все или ничего» ($10,5+0,1/9,6+0,1$; $p=0,00$), при более высоком общем показателе перфекционизма ($57,8+2,0/54,5+2,0$; $p=0,00$).

По всем факторам опросника перфекционизма показатели в группе больных шизофренией без депрессии (группа С) статистически значимо ниже как в сравнении с депрессивными пациентами, так и в сравнении со здоровыми испытуемыми (за исключением фактора «поляризованное мышление»).

Таким образом, как одна из важнейших черт личности, у больных с ППЭ при ППД перфекционизм является патологическим, что требует учёта данной «мишени» при терапии пациентов. Наиболее выражен перфекционизм у пациентов с 3 типом ППД преимущественно с агорафобоподобным вариантом (общий показатель перфекционизма $59,3+9,0$) и у пациентов с 1 типом ППД, преимущественно при сензитивно-психастеническом ($58,1+8,3$) и тоскливо-анергическом вариантах ($58,1+9,7$). В меньшей степени общие перфекционистские установки характерны для больных 2 типом ППД ($54,5+2,0$), особенно при ангедоническом варианте её ($52,4+8,8$). У больных с ППД проявления перфекционизма носят патологический деструктивный характер в отличие от пациентов группы С на постприступном этапе у которых, перфекционизм определяется патологической дефицитарностью. Соответственно в прогностическом плане «мишень»-ориентированная психологическая работа с больными ППД в плане коррекции патологического перфекционизма является более перспективной, чем при работе с пациентами, не имеющими депрессивных проявлений.

Исследование самостигматизации

Показатели всех трёх форм самостигматизации (таблица 6) у больных группы Д превышают показатели в группе С со статистической значимостью: Д $112,2 \pm 7,6$ / С $79,4 \pm 7,7$ баллов ($p < 0,05$). Это свидетельствует о ведущей роли самостигматизации в патогенетическом формировании внутренней картины болезни у пациентов с постприступной депрессией при ППЭ шизофрении, потенциально являясь базисной «мишенью» психосоциальной терапии, особенно у пациентов с высоким уровнем суицидального риска.

Самый высокий уровень самостигматизации среди трёх типов ППД установлен при депрессиях 3 типа – обсессивно-руминативных, агорафобоподобных, паранойяльно-символических вариантах.

При данном варианте уровень самостигматизации составил $114,0 \pm 45,7$ (1 тип ППД $111,1 \pm 52,0$; 2 тип ППД $111,4 \pm 45,1$). Именно при 3 типе ППД в клинической картине присутствует в числе ведущей симптоматики выраженное избегающее поведение. Но в разных типах данного ППД это избегание мотивировано различными механизмами. В частности, при паранойяльно-символическом варианте в преобладающей социореверсивной форме самостигматизации ($45,4 \pm 26,4$) в большей степени реализована деидентификация от окружающих в социальной сфере.

При следующем варианте – обсессивно-руминативном – социореверсивная форма самостигматизации также, как при паранойяльно-символическом варианте является

ведущей (44,1±22,1). В тоже время основным содержанием данной формы самостигматизации являются компоненты «Принятие роли психически больного в сфере самореализации» и «Зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности». При агорафобоподобном варианте, в отличие от других, помимо социореверсивной формы самостигматизации, актуальной явилась и аутопсихическая форма с преимущественным компонентом «Переоценка самореализации». Указанное сочетание, характеризующееся чередованием аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации, является личностной стратегией интеграции самосознания у больных, составляя по И.И.Михайловой диссоциированную группу самостигматизации.

Наиболее выражена социореверсивная форма в сравнении с другими формами самостигматизации при 2 типе ППД; самый высокий её показатель выявлялся при дисфорическом варианте (46,5±25,2). Социореверсивная форма имеет наибольшую значимость по сравнению с другими формами и при дистимно-апатическом варианте (44,9±19,4).

Таблица 6. Показатели самостигматизации у больных ППД (группа Д) в сравнении с пациентами без депрессии (группа С)

Группы	формы самостигматизации (M±SD)			уровень самостигматизации
	аутопсихическая	компенсаторная	социореверсивная	
Группа Д:				
1 тип ППД	40,1±18,3	33,1±12,8	42,8±24,5	111,1±52,0
тревожный вариант	41,1±18,4	32,7±11,3	40,5±22,4	111,4±46,8
сензитивно-психастенический вариант	41,4±19,1	34,3±13,2	46,8±25,4	121,2±51,3
деперсонализационно-ипохондрический вариант	37,9±15,8	33,7±13,5	46,5±25,2	104,5±58,4
тоскливо-анергический вариант	40,0±19,8	31,6±13,3	37,5±25,1	109,1±59,2
2 тип ППД	36,4±15,6	31,9±14,7	43,2±21,9	111,4±45,1
ангедонический вариант	33,6±14,6	29,7±15,8	38,1±21,2	101,6±43,6
дистимно-апатический вариант	37,8±16,3	32,3±14,7	44,9±19,4	114,6±42,7
дисфорический вариант	37,9±15,8	33,7±13,5	46,5±25,2	118,0±49,1
3 тип ППД	40,0±15,0	33,0±11,0	42,9±22,8	114,0±45,7
обсессивно-руминативный вариант	38,4±19,8	32,0±12,6	44,1±22,1	112,4±47,8
агорафобоподобный вариант	39,4±20,4	32,7±9,9	39,1±19,8	109,4±42,1
паранойяльно-символический вариант	42,3±19,6	34,3±10,5	45,4±26,4	120,1±47,1
группа С	22,7±13,8	25,3±14,3	31,0±23,1	79,4±47,7

Примечание: показатели самостигматизации пациентов с ППД (группа Д) по всем параметрам статистически значимо превышают ($p < 0,05$) показатели пациентов без депрессии (группа С).

Наименьшие показатели самостигматизации выявлены при ангедоническом варианте не только среди ППД 2 типа, но и среди всех вариантов ППД (101,6±43,6). Переходя к анализу показателей самостигматизации при ППД 1 типа, обращает на себя внимание наиболее высокий уровень её среди всех вариантов и типов ППД при сензитивно-психастеническом варианте (121,2±51,3) с наиболее высокими баллами по социореверсивной форме (46,8±25,4). Данный вариант ППД среди составляющих самостигматизацию социореверсивной формы предполагает сочетание компонентов «Нарушение Я-идентичности» и «Деидентификации от окружающих в социальной сфере». Близкие по значениям и содержанию компоненты самостигматизации также отмечены и при деперсонализационно-ипохондрическом варианте, где ведущей формой также является социореверсивная. Следующей особенностью самостигматизации при ППД 1 типа является высокая представленность в структуре стигматизирующих переживаний наряду с социореверсивной формой, аутопсихической, которая имеет самые высокие показатели среди всех типов ППД, особенно при сензитивно-психастеническом (41,4±19,1) и тревожном (41,1±18,4) вариантах. При тоскливо-анергическом же варианте аутопсихическая форма самостигматизации достигает наиболее высоких баллов (40,0±19,8) по сравнению с социореверсивной (37,5±25,1) и компенсаторной (31,6±13,3) формами. Для всех типов ППД характерно преобладание социореверсивной формы самостигматизации, основным содержанием которой является деидентификация больного от окружающих с фиксацией на своём отличии, готовностью принятия роли инвалида, либо формированием пассивно-зависимой модели поведения с своеобразным «уходом в болезнь». Эта форма самостигматизации выполняет патопротективную роль со значительными трудностями в её преодолении в реабилитационном процессе. Выявленное сочетание, характеризующееся чередованием аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации, является личностной стратегией интеграции самосознания у больных с фазным течением заболевания и качественными ремиссиями, составляя «диссоциированную группу самостигматизации», что также согласуется с нашим понятием «диссоциированной постприступной депрессии».

Исследование психологической защиты

Статистически значимые данные по вариантам МПЗ были получены относительно вытеснения, который относится к одному из базовых протективных вариантов защиты (таблица 7).

Таблица 7. Значения МПЗ у больных шизофренией, перенесших ППЭ с учетом наличия/отсутствия ППД

ДЕФЕНЗИВНЫЕ МПЗ	Группы		Р-уровень
	Д	С	
Компенсация	75,5±22,9	66,9±31,1	0,00
Замещение	70,4±20,3	48,9±27,1	0,00
Проекция	61,0±31,5	47,0±32,4	0,00
Интеллектуализация	60,0±28,9	61,4±28,0	0,66
Общий показатель	66,7±25,9	56,1±29,7	0,00
ПРОТЕКТИВНЫЕ МПЗ			
Отрицание	69,8±26,0	78,7±25,4	0,00
Вытеснение	69,5±26,8	59,7±30,0	0,00
Регрессия	82,9±19,7	61,6±28,5	0,00

Реактивные образования	77,8 _{+23,1}	66,0 _{+1,6}	0,00
Общий показатель	75,0 _{+23,9}	66,5 _{+21,4}	0,00

С учётом самой сути данного механизма (вытеснение пережитого неприятного опыта из сознания), эти данные согласуются с преобладанием ППД с признаками позитивной аффективности. Более того, большой удельный вес пациентов с тревожным и сенситивно-психастеническим вариантами коррелирует с известной особенностью вытеснения вызывать тревогу. Развитие вытеснения вполне логично для пациентов, перенёсших ППЭ, поскольку последний зачастую является крайне субъективно неприятным переживанием, и это нельзя однозначно трактовать как незрелость личности пациента. Важно отметить то, что большая распространённость вытеснения и среди ППД неаффективного регистра может формировать своеобразный порочный круг при нарушениях трактовки собственного состояния со стороны пациента.

При анализе данных значений МПЗ с учётом наличия/отсутствия ППД были получены статистически значимые данные о преобладании менее зрелых (протективных) МПЗ. Более того, среди последних ведущее место по распространённости занимала регрессия, т.е. пациенты бессознательно использовали недостаточно зрелые МПЗ. Среди более зрелых (дефензивных) МПЗ первое место по интенсивности занимает компенсация (75,5+22,9). На втором месте (70,4+20,3) находится МПЗ замещение. Существенная статистическая разница с группой сравнения (сравнить 48,9+27,1) закономерна, поскольку для ППД в начальном этапе заболевания характерна тревожная и сенситивно-психастеническая позитивная аффективность.

Общий профиль преобладающих МПЗ может быть оценён как пассивный по отношению к реагированию на ситуацию, причём, не только в группе Д, но и в группе С. Это можно объяснить, как наличием негативной симптоматики и соответствующего когнитивного дефицита, так и дополнительно депрессивным аффектом в группе Д. Соответственно, и напряженность МПЗ выше в этой группе. Характерное доминирование «пассивных» МПЗ дополняется к базовому депрессивному аффекту наличием апатии и волевых нарушений у больных шизофренией, оказывающих тотальное влияние на поведение пациентов. Обращает на себя внимание низкая значимость данных относительно распространённости интеллектуализации у пациентов с ППД. По современным представлениям, пациенты с низким уровнем интеллектуализации склонны к более тяжёлому течению заболевания.

Исследование копинга

При всех клинических типах ППД у больных значимо преобладает неадаптивный копинг-стиль преодоления стресса (таблица 8), что позволяет говорить об общем неспецифическом клиническом влиянии восприятия перенесенного психоза больными как стрессового фактора. Развитие же аффективной депрессивной симптоматики на постприступном этапе шизофрении обусловлено в том числе неадаптивными паттернами совладания с болезнью. Это позволяет говорить о копинге при данном клиническом состоянии как базовой «мишени» психотерапии и психосоциальной реабилитации.

Таблица 8. Копинг-механизмы при различных клинических типах ППД с учетом их адаптивности

Копинг по адаптивности (КА)	Типы ППД		
	1	2	3
Адаптивный (А)	48,8 _{+11,8}	47,4 _{+14,8}	48,1 _{+12,2}

Относительно адаптивный (ОА)	53,0 \pm 11,6	53,6 \pm 12,4	52,3 \pm 11,6
Неадаптивный (НА)	54,3 \pm 12,3	53,4 \pm 11,8	54,7 \pm 11,9
p<0,05			
ОА /А	+	+	+
НА /А	+	+	+
ОА/НА	-	-	-

При наличии статистически значимого преобладания над адаптивными вариантами копинга и относительно адаптивных его вариантов, значимой достоверности в отношении неадаптивных вариантов копинга не констатировано. Эти данные указывают на наличие относительного адаптивного потенциала у пациентов с депрессией, перенесших первый психотический эпизод, также обозначая «мишени» психологической коррекции. Несмотря на отсутствие относительной клинической специфичности копинга по адаптивности для формирования тактики когнитивно-поведенческой терапии с целью коррекции индивидуальных копинг-стратегий проведен статистический анализ вариации копинг-структуры.

Среди вариантов совладания ведущим в адаптивной копинг-структуре является «потребность в социальной поддержке» (BESOUZU: 53,4 \pm 9,8) и «заместительное удовлетворение» (ERS: 52,8 \pm 17,0), определяя значимый адаптивный потенциал у депрессивных пациентов, перенесших ППЭ. В несколько меньшей мере выражены копинги «поиск альтернативного самоутверждения» (SEBEST: 44,7 \pm 14,2) и «подбадривание себя» (POST: 44,5 \pm 9,3). Показатели по копингам «заместительное удовлетворение» (ERS: 56,9 \pm 10,8) и «поиск альтернативного самоутверждения» (SEBEST: 52,9 \pm 13,4) статистически значимо выше (p<0,05) в группе пациентов, перенесших ППЭ без депрессии.

В копинг-структуре относительно-адаптивных вариантов ведущими в группе Д являются копинги «обращение к лекарствам» (PNA: 59,1 \pm 12,9) и «отрицание вины» (SCHAB55,7 \pm 10,7), которые также статистически значимо превышают по выраженности копинги у больных группы С (52,8 \pm 10,3 и 49,0 \pm 10,0 соответственно при p<0,05).

Наименьшая выраженность использования в обеих группах также относительно адаптивного копинга «отвлечение от ситуации» (ABL: 49,1 \pm 11,7 и 48,9 \pm 11,5 соответственно при p<0,05).

В копинг-структуре неадаптивных вариантов у депрессивных пациентов ведущими являются «тенденция избегания» (VERM57,8 \pm 10,5), «сострадание к себе» (SEMITL56,0 \pm 12,4), «социальная инкапсуляция» (SOZA55,9 \pm 10,3), «самообвинение» (SESCH 55,8 \pm 10,8). По копингам «отчаяние» (RES), «сострадание к себе» (SEMITL), «самообвинение» (SESCH), «социальная инкапсуляция» (SOZA), «мыслительное застревание» (GEDW) показатели пациентов группы С статистически значимо ниже (p<0,05) аналогичных у пациентов группы Д. При этом «мыслительное застревание» (GEDW) является самым низким по показателю в копинг-структуре среди всех пациентов, перенесших ППЭ (40,3 \pm 12,5).

Ведущими рангами развития депрессии («дерево классификаций») установлены неадаптивные варианты копинга, прежде всего поведенческой сферы: «тенденция бегства», «тенденция избегания», «социальная инкапсуляция». В меньшей степени, но также в числе ведущих в диагностике депрессии имеют значение эмоциональные копинги: «сострадание к себе», «отчаяние», «самообвинение». Их содержание напрямую связано с депрессивными переживаниями. Значимым является и выявление у депрессивных пациентов копинга «мыслительное застревание», активация которого также способствует негативной фиксации пациентов на депрессивных мыслях, что также формирует закрепление патологического состояния.

На заключительном этапе после получения предварительного согласия на исследование со стороны матерей обследуемых сформирована группа исследования возможных механизмов созависимости/протекции из 124 больных с ППД (группа Д2) в их числе 63 пациента мужского пола (средний возраст $22,1 \pm 3,6$ лет) и 61 женского пола (средний возраст $25,3 \pm 3,9$ лет) и 124 матерей пациентов (группа М), входящих в группу Д2 (средний возраст $56,5 \pm 7,9$ лет).

В психическом статусе матерей выявлены физиологические дисфункции, входящие в шкалу «соматизация» опросника SCL-90R (рисунок 1): в жалобах указаны слабость, головная боль, боль в пояснице, при исключении органической основы этот показатель является эквивалентом тревоги. Для матерей характерны самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии, ощущение критичного отношения, недружелюбия со стороны окружающих, восприятие других как непонимающих их, а также пониженная самооценка с отрицательными ожиданиями («интерперсональная сенситивность»). Субъективная самооценка психического состояния соответствует невротическому уровню имеющихся симптомокомплексов, развитие которых обусловлено преимущественно психогенными факторами.

В группах респондентов на первый взгляд показатели адаптивных копингов в поведенческой, эмоциональной и когнитивной сферах преобладают над неадаптивными, что свидетельствует об использовании преимущественно адаптивных стратегий преодоления трудностей респондентами. Тем не менее, общий анализ представленности копинг-структур показывает одновременное наличие копинг-стратегий всех уровней адаптивности, что выявляет их разнонаправленность во всех сферах: когнитивной, поведенческой, эмоциональной.

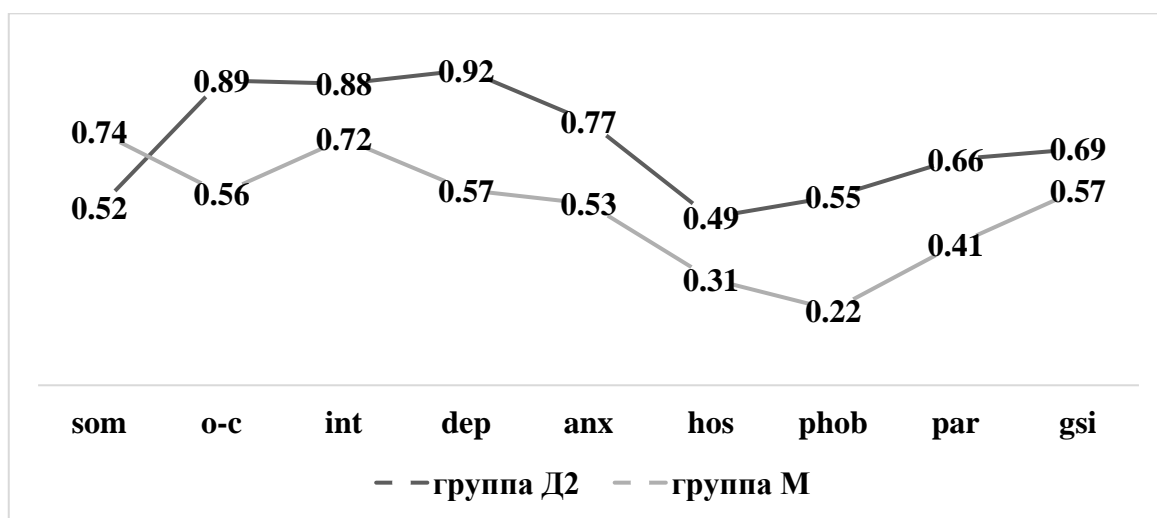


Рисунок 1. Синдромальные профили исследуемых пациентов с ППД (группа Д2) и их матерей (группа М)

Можно утверждать определённую декларативность респондентами социально-одобряемого поведения при отсутствии постоянной возможности ему следовать в связи с особенностями их микросоциума.

Ведущие по выраженности показатели адаптивных копинг-стратегии имеют статистически значимые различия с неадаптивными в когнитивной ($p < 0,002$) и эмоциональной ($p < 0,02$) сферах у больных шизофренией и поведенческой ($p < 0,003$) и эмоциональной ($p < 0,001$) сферах у их матерей. Отсутствие значимых различий в полярных по адаптивности копингах поведенческой сферы у больных шизофренией

может указывать на их недостаточное понимание правильности/неправильности своего поведения, обусловленное отсутствием одобрения любых его форм со стороны значимых лиц (матери) и компенсирующееся интерпретирующими это поведение мыслями

В то время как отсутствие значимых различий между адаптивными и неадаптивными копингами когнитивной сферы у матерей может свидетельствовать о трудностях когнитивной обработки информации и неопределенности их требований. Для поведения в проблемных ситуациях наиболее часто с учетом статистической значимости больными шизофренией используются такие адаптивные и относительно адаптивные стратегии, как «проблемный анализ» в виде поиска необходимой информации о болезни и её последствиях, «отвлечение» с обращением к какой-либо деятельности, «сохранение самообладания», самоконтроль, стремление не показывать своего болезненного состояния другим и «пассивная кооперация» - доверие с передачей ответственности за исход лечения другим. При этом матери больных преимущественно используют как адаптивные («альтруизм») в виде проявления заботы о других при перемещении собственных потребностей на второй план, возможно субъективно оцениваемый ими в результате вынужденной заботы о ребенке, и «проблемный анализ» с обдумыванием, взвешенным подходом к решениям. Наряду с этим используются и дезадаптивные копинги. «Диссимуляция» и «игнорирование», проявляющиеся в преуменьшении серьезности проблем, «подавление эмоций» с недопущением выражения адекватных ситуации чувств.

Между исследуемыми выборками статистически значимые различия выявлены только в частоте использования поведенческих дезадаптивных копинг-стратегий, преобладающих в группе больных шизофренией, что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации больных шизофренией. Полученные данные также могут говорить о большей способности матерей сознательно контролировать свое поведение

Таким образом, при наличии в исследуемых группах копинг-стратегий всех уровней адаптивности, установлена относительно равная представленность по уровням адаптивности копингов поведенческой сферы у больных шизофренией и когнитивной сферы у матерей, что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации респондентов. При анализе результатов исследования МПЗ в группах больных Д2 и их матерей были выявлены значимые различия в изучаемых группах.

В группе М по всем МПЗ, за исключением «интеллектуализации», установлены статистически значимые различия в сравнение с нормативными данными авторов апробации методики. В группе больных Д2 статистически значимо превышают нормативные «вытеснение», «компенсация», и «реактивные образования», в рамках нормативных – «проекция» и «интеллектуализация». Следовательно, отмечается наличие общих для обеих групп пассивных форм реагирования на стрессовые ситуации.

Ведущим МПЗ респондентов являются «реактивные образования» (группа Д280,22+11,12/ группа М83,12+9,67). Следующим по выраженности является МПЗ «компенсация» (группа Д2 65,44+13,75/ группа М70,56+12,1). Кроме того, у респондентов высокий уровень сдерживания эмоции страха, проявления которого неприемлемо для позитивного самовосприятия и грозит попаданием в прямую зависимость от агрессора - МПЗ «вытеснение» (группа Д2 64,2+15,5/ группа М67,12+11,3). В наименьшей степени респонденты обеих выборок прибегают к механизму «проекции» (группа Д2 24,11+8,74/группа М23,12+5,44). При сравнении выраженности и степени напряженности механизмов психологической защиты (Т - критерий Вилкоксона) отсутствуют значимые различия ($p > 0,05$) между группами, что показывает наличие и/или, возможно, преобладание определенных личностных особенностей, форм поведения и реагирования детьми, больными шизофренией у своих матерей как в процессе социально-психологического, так и в процессе биологического развития.

Выявление уровня требований к себе, стандартов качества, особенностей

переработки социально значимой информации осуществлялось с помощью опросника «Перфекционизма» А.Б.Холмогоровой -Н.Г.Гаранян

Статистически значимо ($p < 0,001$) в сопоставлении с нормативной выборкой для респондентов обеих групп в большей мере характерно восприятие других людей как делегирующих им высокие ожидания. Они отличаются более высокими стандартами деятельности, ориентируются на достижения людей способных и многого достигших, игнорируя при этом людей со средними возможностями и принижая собственные достижения негативными паттернами мышления, после какого-либо не слишком удачного контакта они сильно расстраиваются и в течение длительного времени размышляют над тем, что они сказали или сделали не так. Для группы М также характерны поляризованные суждения о результатах деятельности и поведении других людей (5 фактор, $p < 0,01$).

Высокие показатели общего индекса выраженности перфекционизма (группа Д2 $61,97 \pm 12,49$ /группа М $68,87 \pm 12,27$; $p < 0,001$) свидетельствуют о наличии обостренного стремления у респондентов обеих групп к совершенству путем навязчивого предъявления завышенных требований к себе и своей деятельности, в сочетании с поляризованным мышлением и акцентированием внимания на неудачах и ошибках.

Обобщая данные проведенного исследования больных ППД и их матерей, установлены высокие показатели индекса проявления симптоматики с высокорасположенным синдромальным профилем у больных и клиническими симптомами невротического уровня у матерей.

Протективная структура обследуемых характеризуется как адаптивным, так и дезадаптивным содержанием. Это выражается в относительно равной представленности по уровням адаптивности копингов поведенческой сферы у больных шизофренией и когнитивной сферы у матерей, что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации исследуемых.

В обеих группах ведущим МПЗ являются реактивные образования, обеспечивающие подавление самопредставления о себе как недостаточно успешном и эффективном человеке, предотвращая выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, действий, что позволяет уравновесить систему межличностных взаимоотношений. У пациентов и их матерей статистически значимо высокие показатели общего индекса перфекционизма, что указывает на его преимущественно патопротективную направленность, обуславливающую псевдоадаптацию. Для респондентов обеих групп в большей мере характерно восприятие других людей как делегирующих им высокие ожидания, высокие стандарты деятельности, с ориентацией на самых успешных, негативные паттерны мышления. Для матерей характерны поляризованные суждения о результатах деятельности и поведении других людей.

Полученные нами результаты также позволяют говорить о приоритете использования поведенческих тренингов при работе с больными шизофренией, перенесших ППЭ и о большей необходимости использования когнитивных техник при работе с матерями, имеющими детей больных шизофренией, что может быть реализовано через разработанный копинг-ориентированный тренинг (КОТ).

Психологические и клинические предикторы ППД по результатам самоотчета пациентов и объективной оценки специалиста

Выявление факторов, являющихся предикторами приверженности диагноза ППД, проводилось с использованием множественной линейной регрессии.

С целью определения наиболее корректного варианта регрессионного анализа представим данные о соответствии зависимых переменных для регрессионного анализа критериям нормальности распределения (по генеральной выборке).

Для переменной, определяющей субъективную оценку тяжести депрессии пациентом — *SCL_DEP* — эмпирическое значение критерия Колмогорова-Смирнова составило 0,24241 при $p < 0,01$ ($M_o = 2,0$ $M_e = 1,0$).

Для переменной, определяющей объективную оценку - *CALGARY_totalscore* - тяжести депрессии эмпирическое значения критерия Колмогорова-Смирнова составило 0,32753 при $p < 0,01$ ($M_o = 7,0$ $M_e = 7,0$).

Представленные данные обосновали применение метода линейной регрессии. В регрессионный анализ в качестве зависимых переменных первоначально был включен 81 параметр, согласно экспериментальному плану.

Методом Forward было выявлено 9 предикторов субъективной оценки тяжести депрессии (часть из них — клинические, часть — психологические), которые в совокупности обладают предсказательной ценностью для данной переменной на 39,17%.

В результате регрессионное уравнение имеет следующий вид:

$$\begin{aligned} \mathbf{39,17\% SCL_DEP} = & 1,146 + (-0,113 * PANS_N7) + \\ & + (-0,214 * PANSS_P1) + 0,012 * SS_AUTO + 0,047 * PERF_5 + \\ & + 0,124 * G_13 + (-0,006 * SVF_SEMITL) + 0,038 * PERF_4 + \\ & + (-0,142 * G_12) + 0,126 * PANSS_P7 \end{aligned}$$

Переменные клинические предикторы: *PANSS_N7* с коэффициентом $b = -0,113$ (стереотипное ригидное мышление) *PANSS_P1* с $b = -0,214$ (бредовые идеи), *PANSS_P7* с $b = 0,126$ (враждебность, агрессивность), *G_13* с $b = 0,214$ (нарушение воли) *G_12* с $b = -0,142$ (отсутствие критики);

Переменные психологические предикторы: *SS_AUTO* с $b = 0,012$ (аутопсихическая форма самостигматизации), *PERF_4* с $b = 0,038$ (фактор перфекционизма «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках») *PERF_5* с $b = 0,047$ (фактор перфекционизма «поляризованное мышление - «все или ничего»), *SVF_SEMITL* с $b = -0,006$ (копинг «сострадание к себе»).

При относительно невысоком вкладе каждого из клинических и психологических предикторов в предсказательную ценность субъективной оценки тяжести депрессивной симптоматики пациентов они позволяют констатировать, что и перфекционизм, и самостигматизация, а также такие симптомы как враждебность и нарушение воли объективно являются элементами конъюнкции.

При этом регистрируемые специалистом симптомы (врачебная оценка) по шкале *PANSS* (стереотипное ригидное мышление, бредовые идеи, отсутствие критики) и копинг «сострадание к себе», выступивший психологическим предиктором, обладают свойствами, снижающими субъективную тяжесть депрессии, так как коэффициент b — отрицательный.

Несколько неожиданное присутствие клинических симптомов, выполняющих «корректирующую» (патопротективную/псевдозащитную) функцию субъективного восприятия тяжести депрессии вполне объяснимо существующей психодинамической точкой зрения на один из механизмов развития как позитивных, так и негативных симптомов в концепции «защитной» реакции больного на деструктивный психотический опыт (Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др., 2003; Бабин С.М., 2012; Васильева А.В., 2018; Semrad E.V., 1966; Ammon G., 1975, 1982; Burbiel I., 1982; Mino Y., Ushijima S., 1989; Horan W., Kring A., Blanchard J., 2006; Neznanov N.G., Vasileva A.V., 2012; Ottesen A., Hegelstad W., Joal et al., 2023). Более того, последние работы по изучению «инсайта», то есть «осознания» больными психотического опыта, показывают, что его высокий уровень на этапе ППЭ увеличивает риск проявления эпизода ППД и суицидальный риск (Iqbal Z., Birchwood M., Hemsley D. et al., 2004; Sato K., So R., Yoshimura B., 2021; Vila-Badia R., Kaplan M., Butjosa A. et al., 2022).

Указанные факты определяют важность психосоциальных мероприятий с их достаточной дозированной, чёткой этапностью, комплексностью с привлечением полипрофессиональной бригады, а также обязательной работой с семьёй пациента, что созвучно принципам реабилитации по М.М.Кабанову (1985).

Психологические предикторы факторы перфекционизма «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», «поляризованное мышление - «все или ничего» и аутопсихическая форма самостигматизации (больной считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-либо сферах жизни болезненные изменения и отказывается от прежних стандартов, снижая требования к себе) обладают положительным коэффициентом b , и, следовательно, их вклад в субъективную оценку тяжести депрессии непосредственный. Указанные психологические предикторы являются потенциальными «мишенями» психосоциальной терапии больных с ППД.

По отношению к переменной *CALGARY_totalscore* (общий балл оценки депрессии врачом по шкале CDSS) также был применен метод Forward с первоначальным включением 81 параметра, в результате регрессионное уравнение имеет вид:

$$\begin{aligned} 78,44\% \text{ CALGARY_total score} = & 1,894 + 0,49 * \text{PANSS_P7} + \\ & + 0,254 * \text{PANSS_G 2} + 0,474 * \text{PANSS_G3} + \\ & + (-0,452 * \text{G5}) + 0,313 * \text{G6} + 0,55 * \text{G7} + 0,211 * \text{G11} + \\ & + (-0,356 * \text{G12}) + 0,917 * \text{SCL_DEP} + 0,021 * \text{SS_AUTO} + \\ & + (-0,021 * \text{SVF_VERM}) + (-0,027 * \text{SVF_HER}) + 0,016 * \text{SVF_SCHAP} \end{aligned}$$

Довольно высокая предсказательная ценность определяется включенностью 13 предикторов: объективных клинических - *PANSS_P7* с коэффициентом $b = 0,49$ (враждебность, агрессивность), *PANSS_G 2* с $b = 0,254$ (тревожное состояние), *PANSS_G3* с $b = 0,474$ (идеи виновности), *G5* с $b = -0,452$ (манерность и вычурность), *G6* с $b = 0,313$ (депрессия), *G7* с $b = 0,55$ (моторная заторможенность), *G11* с $b = 0,211$ (дефицит внимания), *G12* с $b = -0,356$ (отсутствие критики); субъективных клинических - *SCL_DEP* с $b = 0,917$ (депрессивность), и психологических *SS_AUTO* с $b = 0,021$ (аутопсихическая форма самостигматизации), *SVF_VERM* с $b = -0,021$ (тенденция избегания), *SVF_HER* с $b = -0,027$ («снижение остроты проблемы за счёт сравнения с другими»), *SVF_SCHAP* с $b = 0,016$ («отрицание вины»).

Обращает на себя внимание относительно высокий вклад во множественную детерминацию объективной оценки депрессии показателя субъективной оценки тяжести депрессивной симптоматики. Этот вклад непосредственный (коэффициент b – положительный).

Также в выявленной структуре, инкриминирующей общую объективную оценку депрессии, отмечаются как корректирующие, так и непосредственные предикторы. Объективная оценка депрессии со стороны специалиста практически в два раза повышает её диагностику в сравнение с субъективной оценкой пациентом (ср.: 39,17% у пациентов, 78,44% со стороны врача).

Тем не менее при наличии общих (как у пациента, так и у врача) клинических и психологических предикторов определяются различия. Так клинические предикторы являются преобладающими при врачебной оценке депрессии, что вполне объяснимо. Основными клиническими предикторами ППД при объективной оценке специалистом являются аффективные симптомы (собственно депрессия, тревожное состояние, враждебность), двигательные симптомы (моторная заторможенность), когнитивные симптомы (идеи виновности).

Обращает внимание среди клинических предикторов депрессии обратное влияние в диагностике таких симптомов как «манерность и вычурность» и «отсутствие критики», то есть чем выше их выраженность, тем ниже ожидаемая депрессия.

Высоковероятно это связано с превалированием установки у врача распознавания даже на этапе формирования ремиссии ППЭ резидуальных психотических симптомов, с целью своевременной диагностики возможного обострения и указанные проявления в определённой мере могут соответствовать представлению врача об атипичном характере наблюдаемой депрессии.

Наличие в предикторах врачебной диагностики психологических предикторов определяет их важность для установления диагноза, несмотря на присутствие в диагностических критериях действующих классификаций преимущественно клинических критериев.

Аутопсихическая форма самостигматизация присутствует в обоих вариантах предикторов. В отличие от психологических предикторов у пациентов где значимыми являются проявления перфекционизма, при объективном обследовании специалистом ведущее значение имеют копинги «снижение остроты проблемы за счёт сравнения с другими», «тенденции избегания» (обратная зависимость), а также «отрицание вины» (прямая зависимость).

Эта точка зрения подтверждает концепцию копинга, выполняющую независимо от степени адаптивности базовую протективную функцию. Таким образом, с помощью регрессионного анализа определены клинические и психологические предикторы ППД как при субъективной оценке тяжести депрессии, так и при объективном обследовании специалистом.

Программа тренинга и оценка его эффекта

На базе отделения первого психотического эпизода, отделения неврозов и психотерапии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 в течение 5 месяцев с целью оценки эффектов, разработанной комплексной тренинговой программы, проведено исследование больных, перенесших ППЭ с ППД в динамике изменения их копинг-структуры и симптоматического профиля. За данный период было обследовано 74 пациента (группа ДЗ).

Основную группу (группа ДЗ) составили 74 пациента с ППД от 20 до 38 лет (средний возраст 26,7+5,8 лет). В числе пациентов основной группы 36 мужчин – 47,8% (средний возраст 26,4+7,2 лет) и 38 женщин – 52,2% (средний возраст 28,6+5,4 лет).

В проведенном исследовании для выявления особенностей копинг-поведения у больных ППД использовались группы сравнения (гр. Н) и контроля (гр. З). В состав группы Н вошло 70 пациентов от 20 до 39 лет (средний возраст 29,4 лет) с невротическим расстройством, в их числе 34 мужчины – 48,6% (средний возраст 26,8+4,2 лет) и 36 женщин – 51,4% (средний возраст 29,8+3,2 лет). Группа З включала 70 здоровых людей из сотрудников медицинского персонала больницы от 21 до 39 лет (средний возраст 29,2+5,6 лет), в их числе 34 мужчины – 48,6% (средний возраст 26,5+2,4 лет) и 36 женщин – 51,4% (средний возраст 29,2+3,2 лет).

На основе разработанных нами методик психологической диагностики индекса психологического благополучия, когнитивных функций и модифицированной методики диагностики копинг структур (копинг-игра) апробирована краткосрочная программа копинг-ориентированного тренинга (КОТ), включающая информационный и собственно тренинговый модули (таблица 9).

Таблица 9. Структура тренинговой программы

Информационный психообразовательный модуль	Копинг-ориентированный тренинг
---	--------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - образование в области шизофрении; - управление медикаментозной терапией; - образование в области правовых аспектов оказания психиатрической помощи 	<ul style="list-style-type: none"> - обучение понятию копинга и его значения для преодоления болезни и стрессовых ситуаций; - отработка навыков самодиагностики копинга различной степени адаптивности в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах через анализ конкретных жизненных ситуаций; - применение полученных навыков в повседневной деятельности, с разбором возникающих проблем и вопросов.
--	---

После прохождения больными шизофренией с ППД *информационного модуля* психообразовательной программы были получены следующие результаты: в поведенческой сфере происходит уменьшение случаев обращения пациентов к неконструктивным и относительно адаптивным копинг-механизмам (рисунок 2).

Из ряда неконструктивных копингов больные статистически значимо реже используют «активное избегание» и «отступление» - дезадаптивное поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблем (T=108,5 при p=0,03).

В своем поведении испытуемые начинают меньше прибегать к такому относительно конструктивному механизму совладания как «отвлечение» - стремление к временному отходу от решения проблем путем погружения в любимое дело (T=42,5 при p=0,02).

В когнитивной сфере так же происходит снижение частоты выбора относительно адаптивных вариантов копинг-поведения (T=132 при p=0,02): больные реже придают особый смысл преодолению своих трудностей (T=47,5 при p=0,03), становятся менее религиозными при столкновении со сложными жизненными проблемами (T=35 при p=0,05).

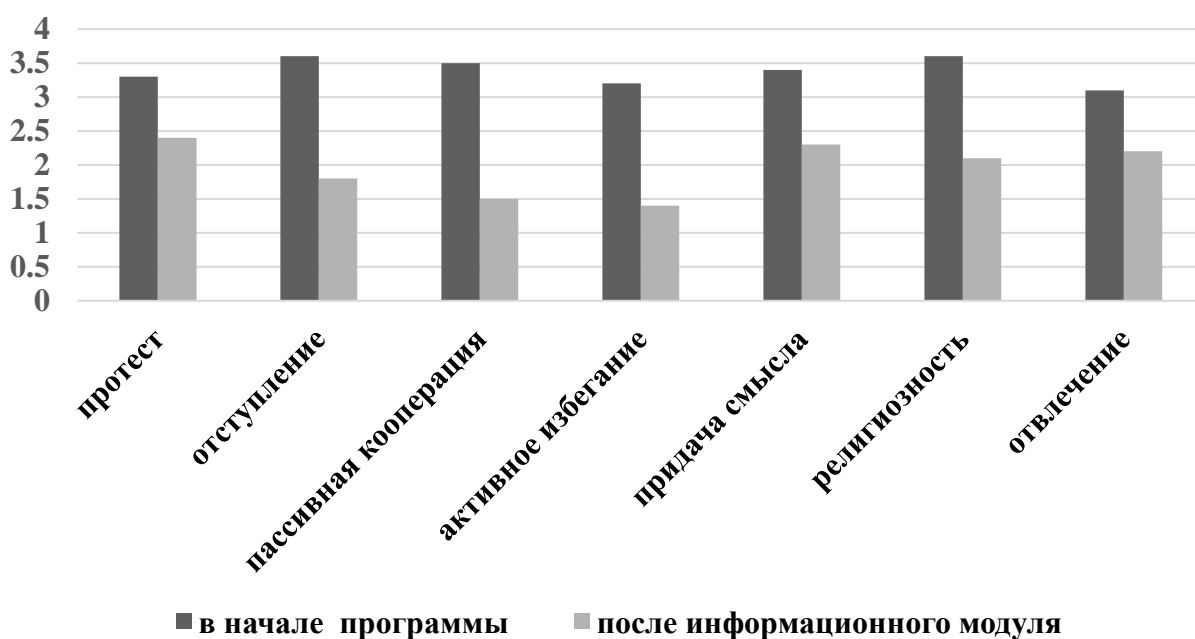


Рисунок2. Динамика копингов в процессе информационного модуля тренинговой программы

Среди копинг-механизмов в эмоциональной сфере у больных с ППЭ, хотя и не выявляется значимый сдвиг в процессе информационного модуля тренинговой программы, тем не менее, имеются отдельные изменения эмоционального реагирования. Реже отмечается эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям в сложных ситуациях. Учитывая то, что протест, являющийся конструктивным способом совладания у здоровых людей, оказывается крайне дезадаптивным для больных шизофренией, можно судить о позитивных изменениях, способствующих улучшению социального функционирования пациентов. Кроме того, испытуемые реже передают ответственность по разрешению трудностей другим лицам, что проявляется в уменьшении частоты использования относительно конструктивного копинга «пассивная кооперация».

По завершении *копинг-ориентированного тренинга* отмечено статистически значимое увеличение частоты случаев адаптивных копинг-механизмов в когнитивной сфере (рисунок 3): больные чаще используют «проблемный анализ» ($T=25$ при $p=0,01$) - форму поведения, направленную на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них. Сохраняется, отмеченная ранее на этапе информационного модуля, тенденция к снижению неконструктивных «депрессивно-потенцирующих» копингов с достижением уровня статистической значимости в эмоциональной сфере «покорность» ($T=25$ при $p=0,01$) и «самообвинение» ($T=42,5$ при $p=0,02$), а также «оптимизма» ($T=42,5$ при $p=0,03$) при росте «проблемного анализа» ($T=25$ при $p=0,01$), что видно при качественном рассмотрении полученных данных.

Из анализа полученных данных следует, что больные шизофренией реже, чем пациенты с невротическими расстройствами и здоровые люди, используют адаптивные поведенческие стратегии преодоления трудных и стрессорных ситуаций, вследствие чего, используя неадекватные способы для достижения целей, чаще прибегают к неадаптивным вариантам копинг-поведения.

В эмоциональной сфере больные с первым психотическим эпизодом уступая по частоте применения конструктивных копингов здоровым людям, тем не менее статистически значимо не отличаются от людей с невротическими расстройствами.

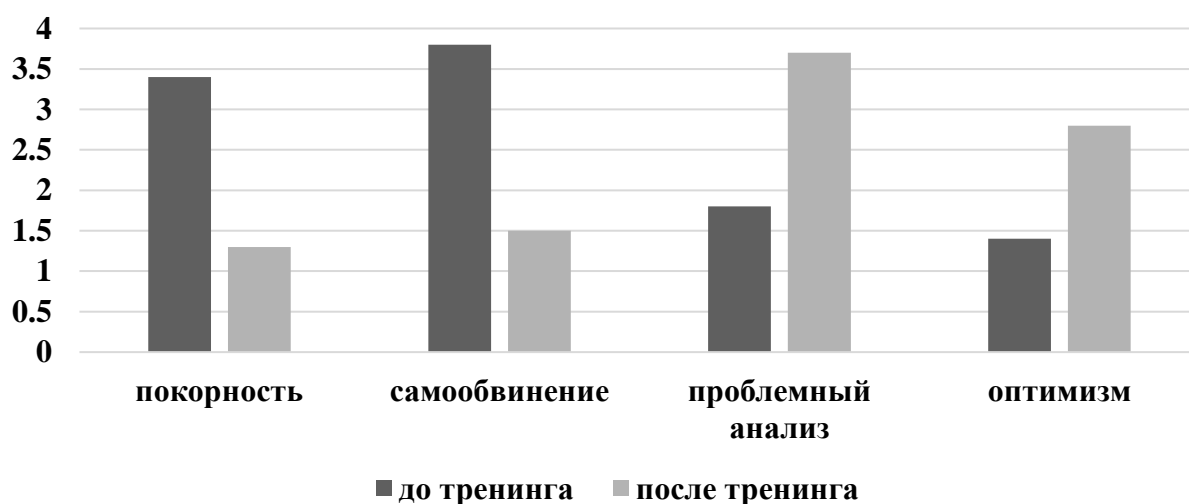


Рисунок 3. Динамика копингов в процессе собственно тренинга

Больные шизофренией в инициальной стадии заболевания прибегают к неадаптивным механизмам совладания со стрессом не чаще, чем пациенты с неврозом. Это является прогностически благоприятным обстоятельством, что следует учитывать при проведении психосоциальных мероприятий с данным контингентом больных.

В когнитивной сфере в целом по частоте применения конструктивных и неконструктивных вариантов копинг-механизмов статистически значимых различий между выборками не выявлено, что говорит об отсутствии грубых нейрокогнитивных нарушений у пациентов с первым психотическим эпизодом. Кроме того, при качественном анализе видно, что больные шизофренией испытывают гораздо меньшую растерянность, оказавшись в стрессовой ситуации, чем люди с невротическими расстройствами, что связано со снижением критической оценки.

Анализ полученных данных исследования позволил выделить копинг-«мишени» психосоциального воздействия. Очевидна направленность формирования в ходе реабилитационных мероприятий копингов «обращение» - поиск поддержки в ближайшем социальном окружении, «проблемный анализ» - анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, «оптимизм».

Учитывая выявленные копинг-«мишени» была апробирована разработанная нами тренинговая программа, включающая цикл психообразовательных мероприятий (информационный модуль) и копинг-ориентированный тренинг. В результате отмечены позитивные изменения в поведенческой, когнитивной и, особенно, в эмоциональной сферах. Снизилась частота использования неконструктивных («активное избегание», «отступление», «протест», «покорность», «самообвинение») и относительно конструктивных («отвлечение», «религиозность», «придача смысла») копингов. Больные шизофренией стали больше использовать адаптивный механизм совладания «проблемный анализ».

Проведенное исследование установило значимое влияние на клинические проявления ППД у больных шизофренией, перенесших ППЭ, всех изученных индивидуально-психологических характеристик с наибольшей активностью копинга, что указывает на несомненное участие реактивных механизмов в развитии данного вида патологии. Это подтверждает значимость в лечении изученной группы пациентов, не только дифференцированной психофармакотерапии, но и активного психотерапевтического сопровождения с проработкой выделенных «мишеней» копинга, психологической защиты, перфекционизма, самостигматизации, которые являются психологическими детерминантами психопатологического процесса.

ВЫВОДЫ

1. Постприступная депрессия выявляется у значительного числа больных с первым психотическим эпизодом, даже после исключения группы с фармакогенными депрессиями, как за счет субъективно предъявляемых жалоб, нозогенных депрессивных переживаний, так и в результате психометрической оценки состояния пациентов.

2. Частичная ремиссия с преобладанием депрессивной симптоматики может быть выделена в качестве самостоятельного варианта у пациентов с первым психотическим эпизодом: по шкале CDSS общий балл группы Д 7,64±1,73/ группы С 1,73±1,77; $p < 0,001$; в структуре общепсихопатологической симптоматики по PANSS группа Д 50,75±10,24/ группа С 37,36±7,11; $p < 0,001$.

3. Разработанная система комплексного клиничко-психопатологического и психометрического обследования позволяет выявить типологию трёх специфических клинических депрессивных симптомокомплексов: с признаками негативной аффективности и с признаками позитивной аффективности, а также с преобладанием психопатологических проявлений неаффективного регистра.

3.1. ППД с позитивной аффективностью определена у 46,91% пациентов, характеризуется феноменами круга депрессивной гиперестезии и представлена тревожным, сензитивно-психастеническим, деперсонализационно-ипохондрическим, тоскливо-анергическим вариантами.

3.2. ППД с негативной аффективностью диагностирована у 29,63% больных, реализуется девитализацией, психическим отчуждением, апатией, частичным осознанием измененности собственной жизнедеятельности, глубинного неблагополучия и включает ангедонический, дистимно-апатический, дисфорический варианты.

3.3. Третий тип ППД формируется за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра. Он установлен у 23,46% пациентов и представлен обсессивно-руминативным, агорафобоподобным, паранойяльно-символическим вариантами.

3.4. Оценка выраженности проявлений неаффективного регистра в клинической картине ППД имеет прогностическое клиническое значение, как указание на более легко переносимый вариант.

3.5. Депрессивный симптомокомплекс у пациентов с ППЭ отличается признаками атипичности и диссоциированности, имеет место рассогласованность эмоциональных и соматовегетативных проявлений, что может объясняться слабостью Я-структуры пациентов с расстройствами шизофренического спектра, дезинтеграция которой усиливается на фоне стресса заболевания, что требует от специалиста комплексной диагностики.

4. Структура психологической адаптации (СПА), включающая психологические защиты и копинг-механизмы, а также такие личностные конструи как перфекционизм и самостигматизация, во многом определяет успешное личностное функционирование и совладание с психотравмирующим воздействием диагноза хронического заболевания, а также дальнейшую приверженность к лечению. СПА имеет отличия у больных ППД в сравнении с больными без аффективных расстройств после перенесенного ППЭ.

5. Для всех типов ППД характерно преобладание социореверсивной формы самостигматизации, основным содержанием которой является фиксация на роли пациента в социуме, отличного от других нормальных людей, что определяет сопротивление при проведении психосоциальных интервенций. Патопротективный вклад этой формы самостигматизации формирует депрессивную симптоматику на постприступном этапе, являясь «реактивным» фактором развития депрессии по типу нозогении.

6. Перфекционизм, патологическое стремление к нереалистичному совершенству имеет у пациентов с ППД деструктивный дезадаптационный характер, он более выражен у пациентов с агорафобоподобным вариантом ППД с преобладанием симптоматики неаффективного регистра и у пациентов с ППД с позитивной аффективностью, преимущественно при сензитивно-психастеническом и тоскливо-анергическом вариантах.

7. Пациентов с ППД отличает преобладание набора более зрелых механизмов психологической защиты, что можно интерпретировать как вовлеченность «реактивных» механизмов личностной реакции на заболевание в манифестации ППД.

8. Проведенное исследование показало наличие разнообразного репертуара копинг-механизмов, которые используют на постприступном этапе первого приступа шизофрении пациенты, что позволяет говорить об относительной пластичности их копинг-структуры с наличием адаптивного потенциала.

8.1. Редкое обращение больных ППД к конструктивным копингам (потребность в социальной поддержке, подбадривание себя, самоутверждающее поведение) усугубляет проявления аффективной патологии, поддерживая её и потенцируя активность неконструктивных вариантов копинга, преимущественно депрессивной направленности (самообвинение, покорность, отступление, активное избегание, подавление эмоций, социальная инкапсуляция, агрессия).

9. В семьях пациентов в результате факторного анализа были выявлены как общие для них и матерей элементы протективной системы, так и специфические для каждой из групп.

9.1 Как пациенты, так и их матери отличаются: патологическим стремлением к совершенству с предъявлением к себе завышенных требований (деструктивный перфекционизм); избеганием проявлений чувств в коммуникации, склонностью к

использованию проекции в социально неодобряемых ситуациях; подавлением неприятных или неприемлемых мыслей с гипертрофией противоположных интенций; признанием потребности в эмоциональном благополучии.

9.2 Специфическими для пациентов характеристиками оказались: при формальном наличии адаптационного потенциала когнитивной и поведенческой копинг-структуры присутствует сверхкритическая субъективная оценка трудностей социального функционирования, с невозможностью признания частичного успеха (завышенные ожидания трудностей межличностной коммуникации).

9.3 Матери пациентов с ППД характеризовались: снижением психического дискомфорта через ригидные стереотипные формы поведения (псевдоадаптация по типу "клише" поведения с потерей его гибкости и пластичности, обусловленное преобладанием неадаптивных копинг-механизмов в поведенческой сфере), наряду с формально адаптивными копингами в когнитивной сфере, что затрудняет их адаптацию к появлению больного в семье.

10. Составляющие СПА являются потенциальными «мишенями» психосоциальной терапии.

10.1 По результатам регрессионного анализа, разработанная система комплексного клинико-психопатологического, психометрического и психодиагностического обследования позволяет выявить два блока (связанных с субъективным отчетом пациента и с объективным обследованием специалиста) предикторов развития ППД.

- субъективными клиническими предикторами ППД являются - стереотипное ригидное мышление, бредовые идеи, отсутствие критики (обратная зависимость), враждебность, нарушение воли (прямая зависимость); психологическими – аутопсихическая форма самостигматизации, факторы перфекционизма - «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках» и «поляризованное мышление», а также копинг «сострадание к себе» (прямая зависимость), определяя совокупную предсказательную ценность на уровне 39,17% ($p < 0,01$);

- объективными клиническими предикторами являются – собственно депрессия (как наблюдаемая, так и субъективная), тревожное состояние, враждебность, моторная заторможенность, дефицит внимания, идеи виновности (прямая зависимость), а также манерность и вычурность, отсутствие критики (обратная зависимость); психологическими предикторами являются аутопсихическая форма самостигматизации, копинг «отрицание вины» (прямая зависимость), а также копинги «тенденция избегания», «снижение остроты проблемы за счёт сравнения с другими» (обратная зависимость), определяя совокупную предсказательную ценность на уровне 78,44% ($p < 0,001$).

10.2 Предложенная мишень центрированная тренинговая программа, сочетающая психообразование и тренинг адаптивных копинг-стратегий, продемонстрировала эффекты с улучшением значимых составляющих СПА пациентов с ППД.

10.3 При работе с больными, перенесших ППЭ, целесообразно вовлекать в терапевтический процесс их матерей, используя психообразование и, апробированный в работе, копинг-ориентированный тренинг.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При установлении диагноза ППД у больных шизофренией, перенесших ППЭ, целесообразно:

- использовать сочетание клинико-психопатологического, психометрического и экспериментально-психологического методов;

- выделять клинические типы и варианты ППД с учетом концепции позитивной-негативной аффективности;

- для эффективности лечебно-диагностических мероприятий необходимо учитывать структуру психологической адаптации, включающую перфекционизм, самостигматизацию, механизмы психологической защиты, копинг;

- помимо диагностики ППД, у больных шизофренией, перенесших ППЭ, проводить клинико-психологическую диагностику структуры психологической адаптации их матерей и учитывать степень ее адаптивности при планировании реабилитационных мероприятий.

2. На основе полученных данных как клинических, так и психологических, определять индивидуальную мишень центрированную программу психологического сопровождения.

3. При проведении копинг-ориентированного тренинга акцентировать внимание при работе с больными шизофренией, перенесших ППЭ, на поведенческих техниках, а при работе с матерями, имеющими детей больных шизофренией, на когнитивных.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК:

1. **Антохин Е.Ю.** Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания / **Е.Ю. Антохин**, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Т.А. Соломатова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2008. - № 3. - С. 55-64.

2. **Антохин Е.Ю.** Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Уральский медицинский журнал. - 2010. - № 1. - С. 59-64.

3. **Антохин Е.Ю.** Волонтерское (добровольческое) студенческое движение в психиатрии - направление психосоциальной помощи душевнобольным / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - № 4. - С. 85-89.

4. **Антохин Е.Ю.** Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции / **Е.Ю. Антохин** // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2011. - № 1. - С. 71-80.

5. **Антохин Е.Ю.** Особенности жизненного стиля и мотивы труда медицинских сестёр психиатрической клиники / **Е.Ю. Антохин**, Л.А. Антохина, О.С. Юматова // Психическое здоровье. - 2012. - Т. 10. - № 1 (68). - С. 59-69.

6. **Антохин Е.Ю.** Сертиндол и оланзапин в структуре комплексной терапии больных шизофренией с первым психотическим эпизодом: динамика психического состояния, влияние на социальное функционирование и побочные эффекты / **Е.Ю. Антохин**, Я.С. Козлов, В.Г. Будза // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2012. - № 2. - С. 82-93.

7. Любов Е.Б. Стационарные пациенты о своих потребностях и удовлетворенности психиатрической помощью / Е.Б. Любов, **Е.Ю. Антохин**, О.Г. Бычкова, И.А. Былим, И.А. Гусынин, С.Е. Жуков, Н.А. Кудряшов, О.А. Куранова, Ю.Л. Петухов, О.И. Фалалеева, А.Н. Куликов, Н.Б. Левина, Е.В. Пряникова, Ю.Л. Пустотин, А.М. Шлафер // Независимый психиатрический журнал. - 2012. - № 2. - С. 28-32.

8. Любов Е.Б. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью / Е.Б. Любов, О.И. Фалалеева, Н.А. Кудряшов, О.А. Куранова, И.А. Гусынин, С.Е. Жуков, А.Н. Куликов, Н.Б. Левина, **Е.Ю. Антохин**, М.В. Горбунова, Ю.Л. Пустотин, Е.В. Пряникова, А.М. Шлафер, И.А. Былим, О.Г. Бычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - № 4. - С. 51-56.

9. **Антохин Е.Ю.** Динамика клинических проявлений, патопсихологических процессов и свойств личности больных эндогенной депрессией в различных моделях терапии / **Е.Ю. Антохин**, Т.В. Марченко // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2013. - № 1. - С. 20-28.
10. **Антохин Е.Ю.** Сертиндол в структуре комплексной терапии первого психотического эпизода шизофрении, протекающего с депрессивным синдромом / **Е.Ю. Антохин**, Е.М. Крюкова, А.М. Шлафер, С.В. Паляева, Н.Е. Лазарева // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - № 4. - С. 91-97.
11. **Антохин Е.Ю.** Непсихотическая депрессия и избыточная масса тела: клинико-психологические особенности / **Е.Ю. Антохин** // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2013. - № 4. - С. 47-58.
12. Будза В.Г. Некоторые факторы, определяющие становление комплаенса в психиатрии / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин**, А.В. Голенищенко, Я.С. Козлов, В.К. Авеличев // Психическое здоровье. - 2013. - №9. - С. 26-36.
13. Будза В.Г. Проблема депрессии при шизофрении (обзор - сообщение первое): возможные механизмы / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин** // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2014. - № 1. - С. 53-62.
14. Будза В.Г. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 2): типология и течение постшизофренических депрессий // В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин** // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2014. - № 2. - С. 47-53.
15. **Антохин Е.Ю.** Аффективные расстройства биполярного спектра: особенности диагностики, подходы к терапии (на примере клинических случаев) / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Е.А. Харина, Я.С. Козлов // Психическое здоровье. - 2014. - Т. 12. - № 3 (94). - С. 38-56.
16. Будза В.Г. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 3): фармакотерапия / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин** // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2015. - № 2. - С. 35-39.
17. **Антохин Е.Ю.** Протективные структуры личности и когнитивные функции у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и их матерей / **Е.Ю. Антохин**, Е.А. Тимошенко // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. - № 2. - С. 19-26.
18. Дробижев М.Ю. Практика применения антипсихотиков и корректоров в психиатрии. Первые результаты программы АНКОРПСИ (антипсихотики и корректоры в психиатрии) / М.Ю. Дробижев, Е.В. Калинина, **Е.Ю. Антохин**, Е.Ю. Сорокина // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. - № 2. - С. 65-77.
19. Ерзин А.И. Взаимосвязь негативной симптоматики и проактивности у больных с первым эпизодом шизофрении / А.И. Ерзин, **Е.Ю. Антохин** // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. - № 4. - С. 5-8.
20. Ерзин А.И. Апробация методики диагностики проактивности в клинических выборках / А.И. Ерзин, **Е.Ю. Антохин** // Психология и психотехника. - 2015. - № 5. - С. 493-500.
21. Будза В.Г. Кветиапин - атипичный антипсихотик с широким спектром симптоматического воздействия: возможные и доказанные механизмы / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева, А.Г. Самохин // Психическое здоровье. - 2016. - № 10 - С. 69-75.
22. Дробижев М.Ю. Между депрессией и фибромиалгией: судьба антидепрессанта / М.Ю. Дробижев, А.В. Федотова, С.В. Кикта, **Е.Ю. Антохин** // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - № 4. - С. 114-120.
23. Будза В.Г. Кветиапин - атипичный антипсихотик с широким спектром симптоматического воздействия: эффективность и безопасность / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева, А.Г. Самохин // Психическое здоровье. - 2016. - № 11. - С. 65-73.
24. В.Э. Медведев. Различия в оценке тяжести депрессии врачами и пациентами в процессе комбинированной терапии агомелатином (мультицентровое исследование «ЭМОЦИЯ») / В.Э. Медведев, К.Ю. Ретюнский, А.А. Овчинников, Ю.Б. Барыльник, А.А. Шмилович, **Е.Ю. Антохин**, Г.М. Усов, Р.А. Черёмин, В.М. Полецкий, А.В. Онегин,

- И.П.Киреева, В.И. Фролова, Н.В. Филиппова, А.А. Антонова, М.А. Деева, Д.А. Онегина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - № 11. - С.26-34.
25. Любов Е.Б. Комментарий. Двудикая паутина: Вертер vs Папагено /Е.Б. Любов, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева// Суицидология. - 2016. - № 4. - С. 41-51.
26. **Антохин Е.Ю.** Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности и социального функционирования у больных шизофренией / **Е.Ю. Антохин**, А.И.Ерзин, Г.А. Епанчинцева, Е.М. Крюкова // Неврологический вестник. - 2017. - № 2. - С. 5-12.
27. **Антохин Е.Ю.** Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: организация помощи пациентам в отделении первого психотического эпизода, понятие диссоциированной постприступной депрессии / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2017. - № 4. - С. 4-11.
28. **Антохин Е.Ю.** Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная постприступная депрессия с позитивной аффективностью. Часть II. / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2017.- № 6. - С. 10-17.
29. **Антохин Е.Ю.** Постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении: исследование перфекционизма / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017. - № 4. - С. 38-46.
30. **Антохин Е.Ю.** Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная постприступная депрессия с негативной аффективностью / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2018. - № 1. - С. 7-15.
31. **Антохин Е.Ю.** Психопатология депрессий на постприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: синдромы, формирующиеся за счет психопатологических проявлений неаффективного регистра. Часть IV / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2018. - № 3-4. - С. 19-25.
32. Ткаченко В.Д. Проактивно-ориентированный тренинг в работе с лицами, страдающими тревожными и депрессивными расстройствами. Сообщение 1. Теоретические основы. / В.Д. Ткаченко, А.И. Ерзин, **Е.Ю. Антохин**, А.С. Чемезов // Психическое здоровье. - 2018. - № 4. - С. 66-72.
33. Ткаченко В.Д. Проактивно-ориентированный тренинг в работе с лицами, страдающими тревожными и депрессивными расстройствами. Сообщение 2. Оценка эффективности тренинга / В.Д. Ткаченко, А.И. Ерзин, **Е.Ю. Антохин**, А.С. Чемезов // Психическое здоровье. - 2018. - № 6. - С. 47-53.
34. Козлов Я.С. Палиперидона пальмитат в терапии первого эпизода параноидной шизофрении (клинический случай) / Я.С. Козлов, **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, С.В. Паляева // Современная терапия психических расстройств. - 2018. - № 2. - С. 35-40.
35. **Антохин Е.Ю.** Диссоциированная постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении: исследование самостигматизации / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. - № 1. - С. 17-23.
36. Бакунович Н.М. Опыт применения палиперидона пальмитата в терапии первого эпизода шизофрении (клинический случай) / Н.М. Бакунович, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева, Е.М. Крюкова, С.В. Паляева // Современная терапия психических расстройств. - 2019. - № 3. - С. 29-35.
37. Будза В.Г. Нейротрофины (церебролизин) - перспективный путь в разработке болезни модифицирующей терапии нервно-психических заболеваний. обзор (часть 1): аффективные расстройства, наркология, шизофрения / В.Г. Будза, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева, В.Ф. Друзь // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2019. - № 1. - С. 27-36.

38. **Антохин Е.Ю.** Нейротрофины (церебролизин) - перспективный путь в разработке болезнь-модифицирующей терапии нервно-психических заболеваний. Обзор (часть 4): возможные и изученные механизмы / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Р.И. Палаева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2019. - № 6. - С. 24-31.
39. Антохина Р.И. Нейрокогнитивный профиль лиц молодого возраста, склонных к самоповреждению / Р.И. Антохина, **Е.Ю. Антохин**, Т.А. Болдырева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2020. - № 4. - С. 25-29.
40. **Антохин Е.Ю.** Терапия первого психотического эпизода в условиях перенесенной инфекции COVID-19 / **Е.Ю. Антохин**, С.В. Матюшков, Н.М. Бакунович, И.И. Чехонадский, Е.В. Пряникова, Ю.А. Ульянова, Я.С. Журавлев, Е.С. Коптева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2022. - № 1. - С. 33-40.
41. **Антохин Е.Ю.** Копинг-структура у больных с постпсихотической депрессией, перенесших первый эпизод шизофрении / **Е.Ю. Антохин** // Психическое здоровье. - 2022. - № 12. - С. 32-43.
42. **Антохин Е.Ю.** Механизмы психологической защиты у больных постпсихотической депрессией, перенесших первый эпизод шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, Н.М. Бакунович, Н.В. Степанова, О.С. Филиппова // Живая психология. - 2022. - № 2. - С. 13-30.
43. **Антохин Е.Ю.** Патопротективные психологические структуры у больных постпсихотической депрессией с суицидальной попыткой, перенесших первый эпизод шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, Н.М. Бакунович, А.С. Чемезов, Ю.В. Падалка // Живая психология. - 2022. - № 2 (34). - С. 31-38.
44. **Антохин Е.Ю.** Психологические структуры адаптации у больных постпсихотической депрессией, перенесших первый эпизод шизофрении и их матерей / **Е.Ю. Антохин**, И.С. Быкова, И.С. Якиманская, Н.Ю. Разинкина // Живая психология. - 2022. - № 3 (35). - С. 13-24.
45. Антохина Р.И. Особенности взаимосвязи эмоционального выгорания и переживания психологического стресса с социально-психологическими факторами, тревожно-депрессивными и астеническими проявлениями у медицинских работников в период пандемии COVID-19 / Р.И. Антохина, А.В. Васильева, **Е.Ю. Антохин**, Л.С. Чутко, Н.В. Степанова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2022. - Т. 56. - № 4. - С. 18-30.
46. **Антохин Е.Ю.** Депрессия при шизофрении как трансдиагностическая проблема первого психотического эпизода / **Е.Ю. Антохин** // Живая психология. - 2023. - № 8. - С. 13-20.
47. **Антохин Е.Ю.** Индивидуально-психологические характеристики и особенности совладания с заболеванием у пациентов с первым психотическим эпизодом и постпсихотической депрессией как мишени для психосоциальных интервенций / **Е.Ю. Антохин**, А.В. Васильева, Т.А. Болдырева, Р.И. Антохина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2024. - Том 58. - № 1. - С. 78-90.
48. **Антохин Е.Ю.** Клиническая эффективность, переносимость и влияние на социальное функционирование карипразина и оланзапина при терапии больных с депрессивным синдромом, перенесших первый эпизод шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, А.В. Васильева, Р.И. Антохина // Современная терапия психических расстройств. - 2024. - № 1. - С. 11-23.
49. **Антохин Е.Ю.** Исследование нейрокогнитивных функций у больных, перенесших первый эпизод шизофрении с учетом их депрессивного статуса / **Е.Ю. Антохин** // Живая психология. - 2024. - № 1. - С. 15-22.
50. **Антохин Е.Ю.** Клинические подтипы постпсихотической депрессии при первом приступе шизофрении: результаты кросс-секционного наблюдательного исследования / **Е.Ю. Антохин**, Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева, В.Г. Будза, Т.А. Болдырева, Я.С. Козлов // Неврологический вестник. - 2024. - Том LVI - № 1. - С. 37-48.

Другие научные публикации

51. **Антохин Е.Ю.** Сравнительный опыт использования атипичных антипсихотиков в клинике первого эпизода / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова // Уральский медицинский журнал. - 2007. - № 4. - С. 97-101.

52. **Антохин Е.Ю.** Комплексная терапия шизофрении в отделении первого психотического эпизода / **Е.Ю. Антохин** // В книге: Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы Российской конференции и Пленума Правления Российского общества психиатров с участием главных психиатров и наркологов, руководителей психиатрических и наркологических учреждений. В.Н. Краснов. (ред.) - 2007. - С. 405-407.

53. **Антохин Е.Ю.** Системная организация психосоциальной терапии и реабилитации в стационаре / **Е.Ю. Антохин** // В книге: Реализация подпрограммы "Психические расстройства" Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)". О Классификации психических и поведенческих расстройств. Участие российских психиатров в подготовке МКБ-11. Материалы общероссийской конференции: Пленум Правления Российского общества психиатров. ФГУ "Московский НИИ психиатрии", Российское общество психиатров; В.Н. Краснов (ред.) - 2008. - С. 495-496.

54. **Антохин Е.Ю.** Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Ю.А. Кустова, С.В. Моисеев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т. 18. - № 3. - С. 5-12.

55. **Antokhin E. Yu.** «OrenProPsy» - Orenburg, promotion, psychiatry / **E. Yu. Antokhin**, Е.М. Kryukova, М. V. Gorbunova // European Psychiatry. - 2008. - Vol. 23. - № S2. - P. 403.

56. **Антохин Е.Ю.** Первый психотический эпизод шизофрении: сперидан (рисперидон) в структуре комплексной терапии / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Н.Е. Лазарева // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2009. - № 2. - С. 22-25.

57. Горбунова М.В. Реабилитационная бригада в структуре амбулаторной помощи душевнобольным / М.В. Горбунова, **Е.Ю. Антохин**, И.П. Кузнецов // В книге: XV Съезд психиатров России. Материалы Съезда. Ответственный редактор: Краснов В.Н. - 2010. - С. 39.

58. **Antokhin E. Yu.** The structure of the psychological adaptation in schizophrenia patients with the first psychotic episode / **E. Yu. Antokhin**, V.G. Budza, Е.М. Kryukova, N.E. Lazareva // European Psychiatry. - 2010. - Vol. 25. - № S1. - P. 1144.

59. **Antokhin E. Yu.** Protect psychological mechanisms of postpsychotic depression in patients at first episode of schizophrenia / **E. Yu. Antokhin** // Ceska a Slovenska Psychiatrie. - 2012. - Vol. 108. - № 1. - P. 217-218.

60. **Антохин Е.Ю.** "Мишени" антисуицидальной профилактики у больных с постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении / **Е.Ю. Антохин** // В книге: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России" и научно-практическая конференция "Современные проблемы социальной и клинической сексологии". Тезисы конференций. - 2012. - С. 324-325.

61. **Антохин Е.Ю.** Добровольцы в психиатрии - направление психосоциальной помощи душевнобольным (Оренбургский опыт) / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, М.В. Горбунова // Пособие для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения. Оренбург. - 2012. - 28 с.

62. **Антохин Е.Ю.** Психиатрия на рубеже веков в трудах Оренбургских психиатров (Хрестоматия). ТОМ 2. РАЗДЕЛ III. Проблемы первого психотического эпизода шизофрении и психосоциальной терапии / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, П.О. Бомов (ред.). - Оренбург, Изд-во ОрГМУ. 2014. - С. 5-182.

63. **Антохин Е.Ю.** Постпсихотическая депрессия при первом эпизоде шизофрении: особенности отдельных свойств личности / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова // В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с

международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г. - 2015. - С. 271.

64. **Антохин Е.Ю.** Постпсихотическая депрессия и суицидальные попытки в первом эпизоде шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова // В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Н.Г. Незнанов (ред.) - 2015. - С. 876.

65. Ерзин А.И. Симптомомкомплексы нарушения проактивности при шизофрении / А.И. Ерзин, **Е.Ю. Антохин**, Г.А. Епанчинцева // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы 5-й международной научно-практической конференции. - 2015. - С. 45-46.

66. Матюшкова Е.С. Особенности свойств личности у больных с постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении / Е.С. Матюшкова, Е.А. Харина, Р.И. Палаева, **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы VI Международной конференции. - 2016. - С. 58-60.

67. **Антохин Е.Ю.** Структура перфекционизма у больных постприступной депрессией при первом эпизоде шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, Р.И. Палаева // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы VI Международной конференции. - 2016. - С. 68-69.

68. **Антохин Е.Ю.** Типология постприступных депрессий при первом эпизоде шизофрении / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы VI Международной конференции. - 2016. - С. 69-72.

69. Куликова О.С. Когнитивный стиль и копинг-поведение пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении / О.С. Куликова, **Е.Ю. Антохин** // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы VI Международной конференции. - 2016. - С. 97-99.

70. Куликова О.С. Фрустрационное реагирование как фактор социальной адаптации при шизофрении / О.С. Куликова, **Е.Ю. Антохин** // В сборнике: Антология российской психотерапии и психологии. Материалы Международного конгресса. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига и Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». - 2017. - С. 150.

71. Хвацкина Я.В. Когнитивное функционирование и самостигматизация у больных с депрессивным синдромом при первом психотическом эпизоде / Я.В. Хвацкина, **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Палаева, А.М. Шлафер, О.А. Обьедкова // В сборнике: Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии. Материалы секции «Молодые учёные в психологии и психиатрии». ОрГМУ. - 2017. - С. 141-144.

72. Чемезов А.С. Исследование психофизиологических аспектов когнитивных процессов / А.С. Чемезов, **Е.Ю. Антохин**, А.И. Ерзин // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2017617938, 17.07.2017. Заявка № 2017614734 от 23.05.2017.

73. Medvedev V. Correlations between doctors and patient assessments to depression severity and efficacy of treatment / V. Medvedev, K. Retyunsky, A. Ovchinnikov, Y. Barilynik, A. Shmilovich, **E. Antokhin**, G. Usov, V. Frolova // European Psychiatry. - 2017. - Vol. 41. - № S4. - P. S534.

74. Medvedev V.E. Differences in assessment of the severity of depression by doctors and patients during combined therapy with agomelatine (the emotion multicenter trial) / V.E. Medvedev, K.Yu. Retyunskii, A.A. Ovchinnikov, Yu.B. Baryl'nik, A.A. Shmilovich, **E.Yu. Antokhin**, G.M. Usov, R.A. Cheremin, V.M. Poletskii, A.V. Onegin, I.P. Kireeva, V.I. Frolova, N.V. Filippova, A.A. Antonova, M.A. Deeva, D.A. Onegina // Neuroscience and Behavioral Physiology. - 2018. - Т. 48. - № 3. - С. 367-376.

75. **Антохин Е.Ю.** Постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении (типология и патопсихология): монография / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, А.И. Ерзин, Е.М. Крюкова. - Оренбург: Изд-во ОрГМУ. - 2019. - 268 с.

76. **Антохин Е.Ю.** Индекс психологического благополучия / **Е.Ю. Антохин**, В.Г. Будза, А.И. Ерзин, А.С. Чемезов, Р.И. Палаева, М.Ю. Дробижев // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019614215, 01.04.2019. Заявка № 2019612936 от 21.03.2019.

77. **Антохин Е.Ю.** МЕЕТ - автоматизированный скрининг аутоагрессивной уязвимости / **Е.Ю. Антохин**, Р.И. Антохина, А.В. Саяпин, М.Н. Маськов // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ 2020616944, 25.06.2020. Заявка № 2020615935 от 08.06.2020.

78. Любов Е.Б. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты / Е.Б. Любов, А.В. Сахаров, П.К. Яхьяева, Е.М. Крюкова, **Е.Ю. Антохин**, Т.М. Волостнова, О.А. Обьедкова, С.В. Паляева // Академический журнал Западной Сибири. - 2022. - № 1. - С. 30-34.

79. Антохина Р.И. Динамика показателей структур психологической адаптации у больных депрессией различной нозологии в краткосрочном тренинге / Р.И. Антохина, **Е.Ю. Антохин** // Оренбургский медицинский вестник. - 2022. - № 3. - С. 6-9.

80. **Антохин Е.Ю.** Психологические факторы механизмов суицидальной попытки у больных с постпсихотической депрессией, перенесших первый эпизод шизофрении / **Е.Ю. Антохин** // Оренбургский медицинский вестник. - 2022. - № 4. - С. 12-17.