

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, МОТИВАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, Б. Б. Фурсов,
Ю. С. Зайцева, Э. В. Голланд

Медико-реабилитационное отделение является одной из новых форм психиатрической помощи. Такое отделение Московского НИИ психиатрии строит свою работу на принципах берегающе-превентивной психосоциальной реабилитации, основными из которых являются: включение реабилитационного компонента на всех этапах оказания психиатрической помощи, сдвиг реабилитационных воздействий ближе к началу заболевания, сочетание их с мероприятиями по сохранению имеющихся социальных достижений, а также превенцией возможной утраты их в последующем. Методы реабилитационной работы все больше основываются на патогенетических механизмах, приводящих к утрате пациентами социальных ролей и дезадаптации. В основе этих механизмов лежат нарушения мотивации, нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций. В последние годы эта тема приобрела особую актуальность в связи с развитием методов психосоциальной реабилитации, воздействующих на различные мишени с целью личностно-социального восстановления пациентов. Реабилитационные воздействия все больше включают мероприятия, направленные на работу с мотивационной сферой, тренинги нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций [1, 3]. Нейрокогнитивный дефицит, относящийся к третьей (кроме позитивных и негативных) группе симптомов шизофрении, а также нарушения социальных когнитивных функций, по мнению многих исследователей, играют определяющую роль в социальной адаптации, а также влияют на функциональный исход при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра [12, 33].

Накоплено много данных о нарушении социальных когнитивных функций у больных шизофренией, которые можно отнести к 4 доменам: 1) восприятие эмоций; 2) социальная перцепция; 3) внутренняя модель сознания другого (ВМСД, Theory of Mind, ToM); 4) атрибутивный стиль [2]. Имеются данные, что

нарушения социального интеллекта выявляются у всех больных шизофренией, являются глобальными и затрагивают все области социального познания [8]. Предполагается, что способность правильно распознавать эмоции и понимать намерения другого в большей степени влияют на поведение пациента, нежели психопатологическая симптоматика или нейрокогнитивный дефицит [20, 30, 32].

Нарушения мотивационного компонента в регуляции психической деятельности у больных шизофренией известны уже давно, они могут выражаться в снижении заинтересованности в социальных контактах, достижениях, приобретении новых навыков и актуализации уже приобретенных [10]. У больных шизофренией также нередко отмечается снижение мотивации к участию в различных видах занятости, работе, обучении, а также, что важно, в собственном лечении [14]. Имеются данные о взаимосвязях между мотивацией, социальным интеллектом и нейрокогнитивными функциями, а также об их влиянии на функциональный исход в реабилитационном процессе при шизофрении. Некоторые авторы предполагают, что мотивация опосредует взаимодействия между нейрокогнитивными и социальными когнитивными функциями [23].

Показано, что пациенты со стойко сниженным уровнем внутренней мотивации обнаруживают меньшие результаты от лечения, направленного на улучшение когнитивных функций, чем более мотивированные пациенты. Снижение мотивации и, как следствие, отсутствие социальной активности приводит к меньшей вовлеченности в лечебный процесс и отрицательно сказывается на эффективности реабилитации [19, 23]. J.S.Brekke и соавт. указывают на взаимосвязь между уровнем сохранности социального интеллекта, нейрокогнитивных функций и длительности реабилитации. В частности, высокие баллы нейрокогнитивных и социального интеллекта опосредовали более высокий уровень функциональных изменений в последующие 12 месяцев реабилита-

ции пациентов [17]. Вместе с тем, роль таких факторов, как нейрокогнитивные и социальные когнитивные функции и их взаимосвязи в процессе реабилитации изучены недостаточно.

В связи со сказанным, **цель** данной работы – комплексное исследование показателей нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций, мотивационных особенностей, а также взаимосвязи этих факторов в процессе реабилитации у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 35 пациентов, прошедших реабилитационную программу в медико-реабилитационном отделении Московского НИИ психиатрии (средняя длительность пребывания 90 дней), и затем наблюдавшихся на протяжении не менее 1 года. Все пациенты продолжали получать поддерживающую фармакотерапию, лишь в части случаев с коррекцией доз препаратов.

Программа психосоциальной реабилитации представляла собой поэтапный процесс, нацеленный на достижение психосоциального восстановления [4]. Работа строилась на основании принципов полипрофессионального ведения случая [5, 9, 21]. На первом этапе осуществлялась диагностика имеющихся расстройств и проблем социальной адаптации, определялись «мишени» психосоциальной терапии, оценивались реабилитационные ресурсы пациентов. Далее пациенты включались в реабилитационную программу с использованием ряда психосоциальных воздействий (табл. 1) [7, 9, 15].

Групповые занятия, направленные на активизацию эмоционально-волевой сферы, структурирование времени и создание полезной занятости проводились в формате открытых групп 1–3 раза в неделю по 90 минут. Ведущими являлись волонтеры ОООИ «Новые возможности», инструктор по трудовой терапии, средний медицинский персонал отделения.

Тренинги проводились в закрытых группах, количество участников в которых не превышало

Таблица 1

Количество пациентов, участвовавших в различных модулях психосоциальной терапии

Модули психосоциальной терапии	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (%)
Формирование навыков активизации эмоционально-волевой сферы, структурирования времени и полезной занятости	25	71,4
Тренинг мотивации к психосоциальной реабилитации	8	22,9
Тренинг навыков раннего распознавания обострений	28	80,0
Тренинг навыков совладания с остаточной симптоматикой	23	65,7
Тренинг коммуникативных навыков	19	54,3
Тренинг навыков трудоустройства	8	22,9
Тренинг бытовых навыков	12	34,3

8–10 человек. Каждый модуль состоял из 10 занятий, занятия проходили 2 раза в неделю по 90 минут. Ведущими являлись врачи-психиатры и психологи отделения.

Родственники пациентов (18 чел.) были включены в работу модуля по «комплаенс-терапии», направленного на формирование «терапевтического альянса» семьи со специалистами, снижение эмоциональной напряженности внутрисемейных взаимоотношений, правильного понимания процесса лечения. Занятия проводили совместно врач-психиатр и психолог в закрытых группах. Частота занятий составляла 1 раз в неделю, продолжительность – 90 минут, длительность цикла – 8 недель.

Средний возраст пациентов составил 28,5±6,0 лет. 57,1% пациентов имели высшее образование, 14,3% – незаконченное высшее, 22,9% – среднее специальное.

Более 2/3 (74,3%) обследованных пациентов проживали с родителями, свою семью имели лишь 4 человека (11,4%), а жили самостоятельно 5 человек (14,3%). В 37,1% случаев взаимоотношения в семьях пациентов характеризовались явлениями гиперопеки.

Круг общения у больных рассматриваемой группы был ограничен семьей в 20,0%, семьей и небольшим количеством друзей и знакомых – в 51,4% случаев, более широкий круг общения имели 28,6% пациентов.

У обследованных больных преобладала недифференцированная шизофрения – 68,6%, эпизодический тип течения – 77,1% (табл. 2). В 11,4% случаев выявлялась параноидная шизофрения, в 2,9% – простая, в 17,1% случаев – шизотипическое расстройство, куда также были отнесены пациенты с неврозоподобной симптоматикой. Среди больных с эпизодическим течением шизофрении доли пациентов со стабильным и с нарастающим дефектом были практически равными. Клинико-психопатологическая картина обострений у обследованных пациентов определялась различными синдромами с явным преобладанием параноидных расстройств с полиморфными проявлениями (аффективно-кататонно-галлюцинарно-бредовыми) или аффективно-бредовыми проявлениями [13].

Таблица 2

Формы и типы течения шизофрении

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра	Количество пациентов	
	абс.	(%)
Шизофрения:		
- параноидная	4	11,4
- недифференцированная	24	68,6
- простая	1	2,9
Шизотипическое расстройство	6	17,1
Типы течения шизофрении:		
- эпизодический со стабильным дефектом	7	24,1
- эпизодический с нарастающим дефектом	14	48,3
- непрерывный	8	27,6

У большинства пациентов наблюдались неблагоприятные в прогностическом плане характеристики: шизоидные черты в преморбиде, раннее начало заболевания, большое количество предыдущих госпитализаций, говорящее о неблагоприятном течении, малой комплаентности к терапии, неблагоприятные микросоциальные условия, длительное пребывание в статусе инвалида, приводящее к «выученной беспомощности». Группа инвалидности была оформлена в 16 (45,7%) наблюдениях (III группа – 11,4%, II группа – 34,3%)

В анализируемой группе пациентов наблюдался достаточно высокий уровень негативных расстройств в виде нарушения побуждения, волевых нарушений, специфических расстройств мышления, значительной социальной отгороженности.

Несмотря на достаточно неблагоприятную предрасположенность, в результате реабилитационных мероприятий на момент обследования работали по специальности без снижения квалификации 28,6%, по специальности со снижением квалификации – 22,9%, эпизодически были заняты в деятельности, не требующей квалификации – 22,9%.

Включенные в исследование 35 (58,8% муж., 41,2% жен.) больных, прошли курс психосоциальной реабилитации и продемонстрировали положительную реабилитационную динамику. Длительность катamnестического наблюдения к моменту проведения обследования составила $22,2 \pm 10,1$ месяцев.

На момент обследования все больные находились в состоянии ремиссии разного качества, выраженность психопатологической симптоматики по PANSS $53,2 \pm 11,4$ балла.

Методы обследования:

1. Клинико-психопатологический – критерии психических расстройств в соответствии с МКБ-10, шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении PANSS, шкала депрессии при шизофрении CDSS;

2. Клинико-катamnестический;

3. Клинико-социальный – шкала личностного и социального функционирования PSP;

4. Нейропсихологический – батарея нейрокогнитивных тестов на основе работ А.Р.Лурия;

5. Исследование социальных и когнитивных функций – модифицированная методика Hinting Task (НТ), направленная на выявление уровня способности понимать намерения и замыслы других людей; тест на распознавание эмоций «Лица Экмана»[22];

6. Специально разработанный опросник для выявления потребностно-мотивационных характеристик пациентов, с помощью которого пациенты были разделены на 3 группы и проранжированы: с низкой мотивацией (1), средней мотивацией (2) и высокой мотивацией (3).

Высокая мотивация определялась у пациентов, демонстрирующих желание выздороветь или изме-

нить свою жизнь к лучшему на адекватном их состоянию и социальным ресурсам уровне, осуществляющих реальные шаги по достижению этой цели.

Средняя мотивация – у пациентов, заявляющих о желании выздороветь или изменить свою жизнь к лучшему на адекватном или сниженном уровне, ссылающихся на «большое количество препятствий», но, тем не менее, осуществляющих шаги по достижению заявленных целей.

Низкая мотивация – отсутствие заявлений о желании выздороветь или изменить жизнь к лучшему или большое количество заявляемых препятствий, неадекватный уровень притязаний, пассивная позиция в отношении собственного лечения, удовлетворенность настоящим положением.

7. Статистический – корреляционный анализ методом Спирмена, дисперсионный анализ ANOVA, метод множественной регрессии в программе Statistica 10.0.

Результаты

В ходе исследования посредством метода попарных ранговых корреляций Спирмена были проанализированы связи между основными доменами, как предполагается, влияющими на уровень социального функционирования и, как следствие, динамику реабилитационного процесса.

При анализе нейрокогнитивного блока наиболее существенные связи были установлены у показателей произвольной регуляции и нейродинамики. Так, произвольная регуляция имеет слабые связи с суммой положительных ($r_s=0,36$; $p<0,05$) и общих психопатологических ($r_s=0,32$; $p<0,05$) симптомов и средние по силе связи с суммой негативных расстройств ($r_s=0,52$; $p<0,05$), а нейродинамика – слабые с суммой общих психопатологических ($r_s=0,32$; $p<0,05$) и суммой негативных симптомов ($r_s=0,43$; $p<0,05$).

При анализе возможных взаимных влияний нейрокогнитивности и социальных когниций установлена корреляционная связь между показателями шкалы Hinting task и произвольной регуляцией ($r_s=-0,45$; $p<0,05$), и множество отрицательных связей преимущественно со способностью распознавать отрицательные эмоции в тесте Экмана (табл. 3).

Следует отметить, что при детальном рассмотрении данных корреляций, очевидно, что более связаны со способностью распознавать отрицательные эмоции нейропсихологические функции теменно-височно-затылочной области с единственным исключением функции произвольной регуляции, за которую отвечает префронтальная кора.

При попарном корреляционном анализе были выявлены зависимости мотивации и следующих показателей: сильная связь на уровне $r_s=-0,68$ со шкалой PSP, с пунктом N2 (эмоциональная отгороженность) шкалы PANSS ($r_s=-0,35$; $p<0,05$), суммой баллов негативных расстройств шкалы PANSS ($r_s=-0,36$; $p<0,05$), с пунктами G2 (тревога) и G12

Корреляционная матрица нейрокогнитивных и социально-когнитивных показателей (тест Экмана)

	Удивление	Печаль	Счастье	Страх	Презрение	Гнев	Сумма
СРП/ОБЩ	-0,07	-0,24	-0,07	-0,43	-0,38	-0,59	-0,64
ЗП ОБЩ	-0,03	-0,04	-0,14	-0,50	-0,25	-0,53	-0,51
КНСТ	-0,33	-0,49	-0,08	-0,28	-0,45	-0,18	-0,41
ДП/ОБЩ	-0,11	-0,22	-0,07	-0,30	-0,40	-0,24	-0,33
ХЭД	-0,15	-0,24	-0,19	-0,28	-0,32	-0,13	-0,28
ЦП	0,04	-0,39	-0,29	-0,39	-0,15	-0,26	-0,31
ОПАС ОБЩ	-0,07	-0,23	-0,13	-0,18	-0,14	-0,29	-0,20
АКГ ОБЩ	-0,19	-0,16	-0,22	-0,18	-0,42	-0,28	-0,29
ЗГ	-0,09	-0,46	0,06	-0,04	-0,15	0,24	-0,01
СТГ	-0,10	-0,22	-0,07	0,01	-0,09	-0,04	-0,02
ВМ	-0,07	-0,03	-0,02	-0,36	-0,50	-0,51	-0,45
НВМ	-0,20	-0,13	-0,19	-0,40	-0,52	-0,39	-0,50
ВЛМ	-0,04	0,01	-0,12	0,06	-0,35	-0,41	-0,15
ДМ	0,02	0,07	-0,10	0,08	-0,38	-0,46	-0,13
НД	-0,25	-0,01	-0,15	-0,18	-0,18	-0,43	-0,31
ПР	0,02	0,16	-0,13	-0,19	-0,38	-0,37	-0,23

Примечания: СРП/ОБЩ – слухоречевая память, общее значение; ЗП ОБЩ – зрительная память, общее значение; КНСТ – кинестетический праксис; ДП/ОБЩ – двуручная проба, общее значение; ХЭД – пространственный праксис; ЦП – целевой праксис; ОПАС ОБЩ – оптико-пространственный анализ и синтез, общее значение; АКГ ОБЩ – акустический гнозис, общее значение; ЗГ – зрительный гнозис; СТГ – стереогнозис; ВМ – вербальное мышление; НВМ – невербальное мышление; ВЛМ – вербально-логическое мышление; ДМ – дискурсивное мышление; НД – нейродинамика; ПР – произвольная регуляция; полужирным шрифтом выделены корреляции, значимые при $p < 0,05$.

(критика) шкалы PANSS ($r_s = 0,39$ и $r_s = -0,43$ соответственно; $p < 0,05$), со стеничными характерологическими чертами ($r_s = 0,43$; $p < 0,05$), с длительностью инвалидности ($r_s = -0,35$; $p < 0,05$), с отсутствием критики к заболеванию ($r_s = -0,35$; $p < 0,05$), с отсутствием «разрыва» декларация-реализация при оценке мотивации ($r_s = 0,49$; $p < 0,05$), с удовлетворенностью жизнью ($r_s = -0,52$; $p < 0,05$). На общем фоне отрицательных корреляций обращает на себя внимание положительная корреляция пункта G2 (тревога) и мотивации.

Таким же образом корреляционному анализу были подвергнуты данные шкалы PSP. Результаты приведены в табл. 4.

Были выявлены значимые и сильные отрицательные корреляции между показателями социального функционирования и выраженностью симптомов шизофрении. Закономерными выглядят положительные корреляции уровня социального функционирования и преобладания в клинической картине аффективно-бредовых расстройств как фактора, позволяющего надеяться на более мягкое течение шизофренического процесса. Предсказуемы связи шкалы PSP и таких переменных, как инвалидность, наличие работы или учебы, адекватный уровень притязаний, отсутствие «разрыва» между декларацией намерений и их реализацией.

Установлена сильная связь между социальным функционированием и мотивацией ($r_s = 0,66$; $p < 0,05$), социальным функционированием и сум-

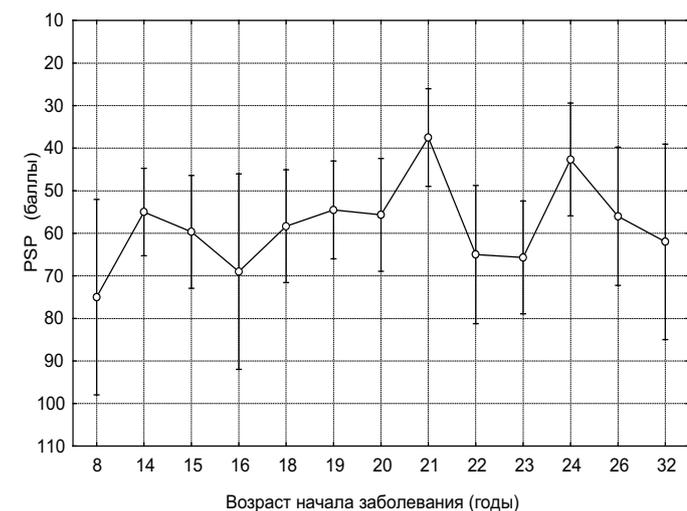
мированными показателями социальных когниций ($r_s = 0,60$; $r_s = 0,36$; $p < 0,05$).

Таким образом, были установлены связи между разными доменами, как предполагается, оказывающими влияние на социальное функционирование.

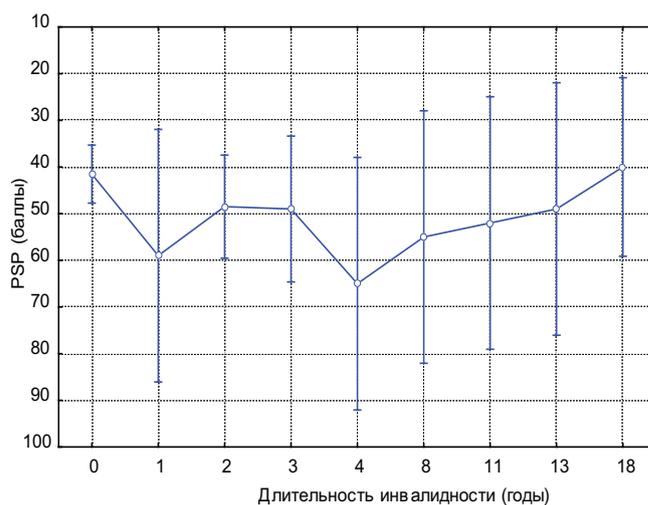
Таблица 4

Показатели, связанные с социальным функционированием (шкала PSP)

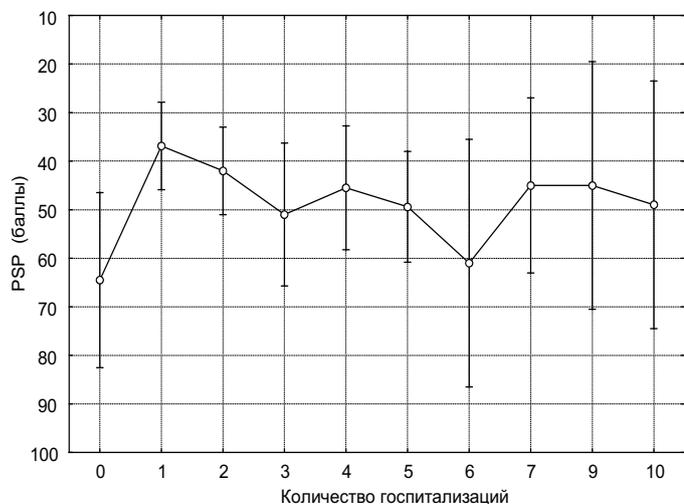
Переменные	r_s ; $p < 0,05$
PANSS сумма баллов	-0,74
PANSS сумма позитивных симптомов	-0,69
PANSS сумма негативных симптомов	-0,70
PANSS сумма общих психопатологических симптомов	-0,54
Преобладание в клинической картине аффективно-бредовых расстройств	0,35
Работает/учится	0,56
Не инвалид, трудоспособность сохранена	0,43
Широкие социальные сети	0,57
Адекватный уровень притязаний	0,65
Отсутствие «разрыва» декларация-реализация	0,51
Мотивация	0,66
Нейродинамика	-0,44
Произвольная регуляция	-0,42
Лица Экмана (сумма баллов)	0,36
Лица Экмана (гнев)	0,52
Hinting task	0,60



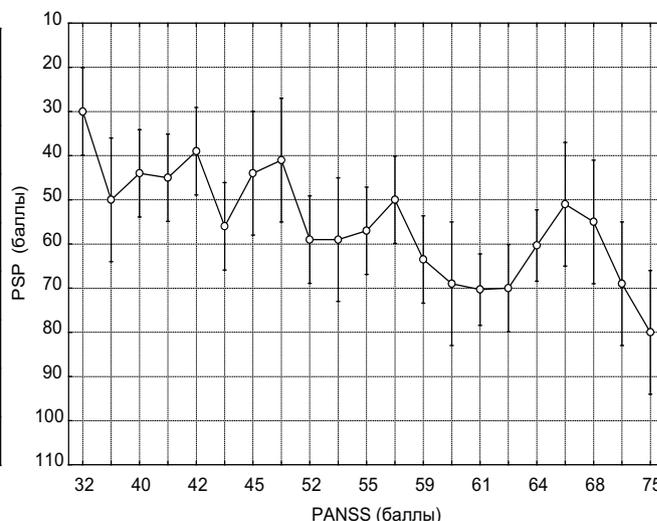
Текущий эффект: $F(12, 22)=2,0163$, $p=,07421$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(8, 26)=,83492$, $p=,58056$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(9, 25)=1,3305$, $p=,27129$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(20, 14)=5,9541$, $p=,00069$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов

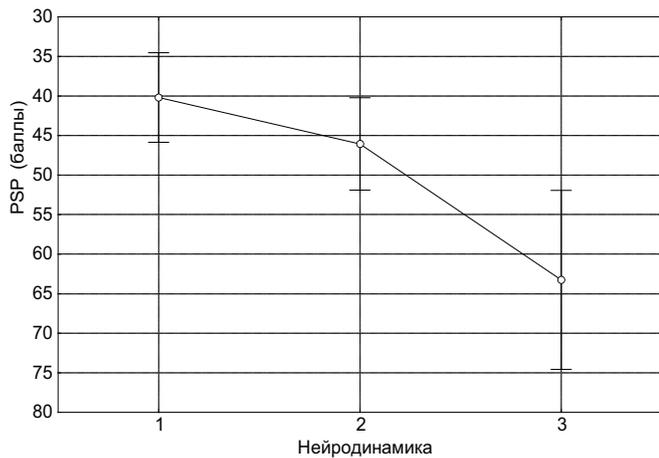
Рис. 1. Влияние I группы факторов на социальное функционирование

вание. Полученные данные оказалось достаточно сложно интерпретировать ввиду большого количества переменных и многофакторности самой модели социального функционирования. Более того, при корреляционном анализе переменные выступают как равнозначные, что не позволяет установить влияние одной переменной на другую.

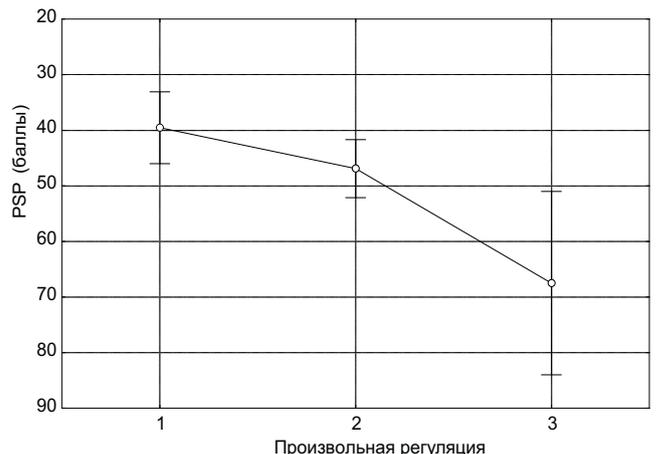
Поэтому при помощи дисперсионного анализа (ANOVA) были построены однофакторные модели для нескольких переменных (факторов), которые могли бы оказывать влияние на социальное функционирование пациентов (шкала PSP). Для этого, с одной стороны, были взяты показатели, отражающие прогрессивность шизофренического процесса (возраст начала заболевания, длительность инвалидности, количество госпитализаций, PANSS), а с другой – показатели, отражающие социальные когниции, нейркогниции и мотивацию пациентов. Считается, что раннее начало болезни является плохим прогностическим признаком в отношении социальных

исходов, поскольку не успевают должным образом сформироваться механизмы, помогающие адаптироваться в социальной среде. Длительность инвалидности и большое количество госпитализаций ведут к утрате социальных позиций и навыков, что также нарушает социальное функционирование. Показатели шкалы PANSS в нашем случае отражают качество ремиссий и остаточную психопатологическую симптоматику. В результате из показателей первой группы статистически значимые зависимости были получены только для показателей шкалы PANSS $F(20, 14)=5,95$, $p=0,0007$ (рис. 1). На рисунке видно, что пациенты с менее выраженной симптоматикой имеют лучшие показатели социального функционирования. Однако ни возраст начала заболевания, ни длительность инвалидности, ни количество госпитализаций в данной модели не оказывают влияния на социальное функционирование больных.

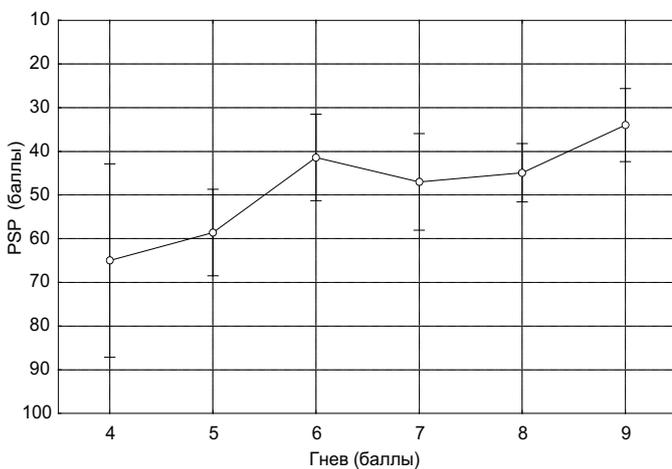
При анализе показателей второй группы мы получили ряд статистически значимых зависимо-



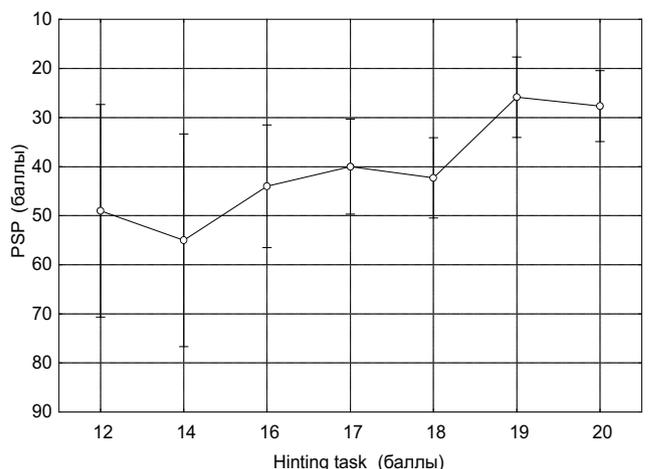
Текущий эффект: $F(2, 32)=6,9532, p=,00311$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



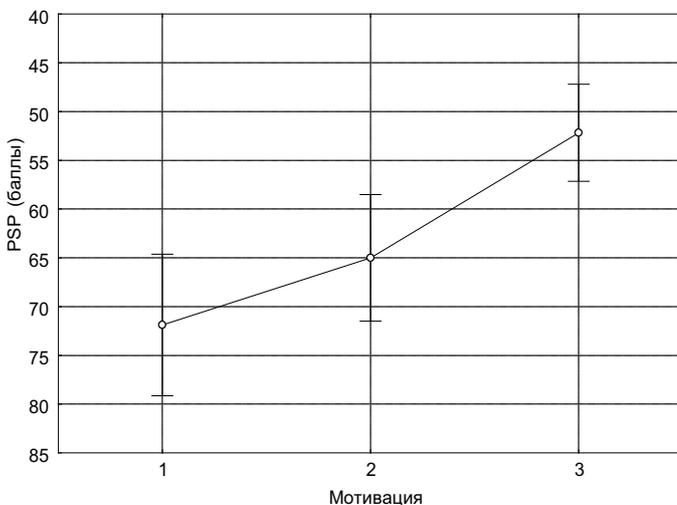
Текущий эффект: $F(2, 32)=5,5997, p=,00822$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущий эффект: $F(5, 27)=3,8700, p=,00897$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущ. эффект: $F(6, 26)=3,6081, p=,00977$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов



Текущ. эффект: $F(2, 32)=11,889, p=,00014$
 Вертик. столбцы равны 0,95 доверительных интервалов

Рис. 2. Влияние II группы факторов на социальное функционирование

стей. Так, на рис. 2 показана линейная зависимость социального функционирования от уровня мотивации ($F=11,9; p=0,0001$), где пациенты с высокой мотивацией демонстрируют существенно лучшее социальное функционирование, нежели пациенты со средней или с низкой мотивацией. Показате-

ли нейрокогниций – нейродинамика и произвольная регуляция также оказывают значимое влияние на социальные исходы, пациенты с низкими значениями в целом имеют худшие показатели шкалы PSP ($F=6,95; p=0,003$ и $F=5,60; p=0,008$ соответственно). Показатели, отражающие социальные когниции

(перцепцию и внутреннюю модель сознания другого), вели себя следующим образом. Способность распознавать отрицательные эмоции (гнев) достоверно связана с уровнем социального функционирования ($F=3,87$; $p=0,009$), то есть пациенты, сохраняющие функцию социальной перцепции, демонстрируют более высокий уровень социальной адаптации. Также и пациенты с более высоким баллом теста Hinting task, выявляющего способность правильно понимать намерения других, демонстрируют более высокий уровень социального функционирования с меньшей дисперсией внутри группы ($F=3,87$; $p=0,009$).

С целью выявления совокупного влияния описанных факторов была построена модель, где в качестве моделируемого показателя был взят уровень социального функционирования, измеренный при помощи шкалы PSP, а в качестве предикторов – факторы, с которыми, как предполагается, должна быть причинно-следственная связь: негативные расстройства (сумма баллов подшкалы негативных расстройств шкалы PANSS), социальные когниции (суммарный балл шкалы Hinting task), нейродинамика и мотивация (табл. 5).

Максимальный вклад суммы факторов ($R=0,90$; $p<0,001$) отмечался при действии совокупности предикторов. При поочередном изъятии из модели одного из предикторов значение R снижалось на 20%. Добавление в модель новых предикторов из числа имеющих корреляционную связь с моделируемым показателем существенного влияния на результирующий вклад не оказывало.

Таким образом, можно сделать вывод, что среди изученных предикторов благоприятных социальных исходов наибольшее значение имеют выраженность негативной симптоматики, степень нарушения мотивационной сферы, сохранность способности понимать намерения окружающих и показатели нейродинамики.

Обсуждение

В ходе статистического анализа были выявлены корреляционные связи между клиническими показателями, нейрокогнициями, социальными когнициями, мотивацией и социальными исходами. Анализируя полученные корреляции, можно сказать, что выраженность негативных расстройств тесно связана с нарушением социальных и нейрокогнитив-

ных функций. У пациентов нарушены механизмы социальной перцепции и внутренней модели сознания другого, дающие возможность ориентироваться в социальной ситуации. Снижение показателей нейродинамики и произвольной регуляции лежит в основе нарушений функций непроизвольного внимания, операционной скорости, контроля, памяти, способности к переключению, что также снижает адаптационные возможности пациента.

Дисперсионный анализ факторов, влияющих на социальное функционирование, показал, что их можно разделить на 2 группы: те, которые изменить невозможно, и поддающиеся изменению. К первой группе относятся такие факторы, как возраст начала заболевания, частота госпитализаций и длительность инвалидности. Ко второй группе были отнесены исследуемые категории: психопатологическая симптоматика, мотивация, внутренняя модель сознания другого, нейродинамика. Результаты, говорящие о меньшем вкладе таких, казалось бы, прогностически важных факторов, отражающих тяжесть шизофренического процесса, подчеркивают значимость оценки реабилитационного потенциала пациентов с точки зрения возможности улучшения социальных исходов путем воздействия на факторы, поддающиеся изменению.

Произошедший сдвиг понимания реабилитации как процесса, направленного на достижение личностно-социального выздоровления, существенным образом повлиял на подходы к реабилитационным мероприятиям, раздвинул границы психосоциального лечения и заставляет заново анализировать факторы, влияющие на социальное функционирование [26].

Большинство авторов в качестве ведущих факторов называют нейрокогнитивный дефицит и нарушения социальных когниций [20]. Причем в нейрокогнитивном блоке особое внимание уделяется операционной скорости, памяти и вниманию [16], а социальные когниции преимущественно описываются доменами эмоциональной перцепции, внутренней модели сознания другого и атрибутивным стилем [24]. Это соотносится с результатами настоящего исследования, поскольку нейродинамика и произвольная регуляция являются базовыми функциями для непроизвольного внимания, операционной скорости, контроля, памяти, способности к переключению.

Таблица 5

Вклад исследуемых показателей в уровень социального функционирования

N=32	β	CO* β	b	CO* b	T (27)	p
N сумма	-0,39	0,10	-0,93	0,23	-4,02	0,0004
Мотивация	0,40	0,09	6,38	1,44	4,43	0,0001
Hinting task	0,26	0,09	3,76	1,31	2,87	0,007
Нейродинамика	-0,22	0,09	-4,21	1,74	-2,41	0,022
$R=0,90$; $F(4,27)=29,7$; $p<0,000001$						

Примечания: *CO – стандартное отклонение.

Вслед за установлением указанных выше зависимостей должна выстраиваться новая система реабилитационных мероприятий, направленных непосредственно на ремедиацию когнитивной и мотивационной сфер. Описанные в литературе тренинги включают как групповые, так и индивидуальные формы, в том числе компьютеризированные методики и когнитивно-поведенческую терапию. Можно выделить наиболее распространенные модули работы с больными, а именно: когнитивный тренинг Hogarty (2004), тренинг социальных когниций и взаимодействий (SCIT), тренинг имитации эмоций и внутренней модели сознания другого (ETIT), метакогнитивный тренинг и др. [18, 25, 28, 31 34, 35]. В дополнение к психосоциальным мероприятиям появляются также данные о разработке и использовании когнитотропной психофармакотерапии [27].

В нашей работе мы не использовали тренинги, изолированно направленные на ту или иную область социального познания или нейрокогниций. Элементы данных тренингов включены в применяемые в отделении модули психосоциальной терапии. Такой подход имеет некоторые преимущества, нежели тренировка отдельных функций, поскольку связан с социальной реальностью, в которой суще-

ствуют пациенты, и позволяет по ходу тренинга решать конкретные задачи для каждого больного.

Результаты настоящего исследования показали значимую зависимость социального функционирования от уровня мотивации пациентов. Больные с высокой мотивацией по уровню социальных исходов существенно превосходят пациентов с низкой мотивацией к реабилитации. В связи с этим представляется актуальным создание специальной методики воздействия на мотивационную сферу.

Заключение

Таким образом, перспективным направлением развития психосоциальной реабилитации является создание инструментария, позволяющего более точно оценивать мотивацию пациентов, так и разработка мероприятий, нацеленных на повышение уровня мотивации к выздоровлению или реабилитации, обучение правильному распознаванию социальных ситуаций, специально разработанный когнитивный тренинг может сочетаться с новыми возможностями психофармакотерапии. Особое внимание следует уделить работе с социальной перцепцией, внутренней концепцией сознания другого, когнитивным методикам, направленным на улучшение функций произвольной регуляции и нейродинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. С. 5–19.
2. Бурова В.А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 86–93.
3. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
4. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–12.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
6. Мовина Л.Г., Папсуев О.О., Голланд Э.В. и соавт. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 93–98.
7. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2007. 179 с.
8. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.
9. Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: ООО «ИПУЗ», 2009. 512 с.
10. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–63.
11. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 13, № 1. С. 34–39.
12. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37.
13. Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Вертоградова О.П. и соавт. Систематика и диагностические критерии эндогенных психозов в свете Международной статистической классификации болезней – 10 пересмотр (МКБ-10) // Журнал невропатологии и психиатрии. 1997. Т. 97, № 10. С. 4–10.
14. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 4. С. 91–100.
15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–77.
16. Bell M., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 738–747.
17. Brekke J.S., Hoe M., Long J. et al. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33, N 5. P. 1247–1256.
18. Brenner H.D., Bettina H., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia: Integrated Psychological Therapy // Schizophr. Bull. 1992. Vol. 18. P. 21–26.
19. Choi J., Mogami T., Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36. P. 966–976.
20. Couture S., Penn D.L., Roberts D.L. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review // Schizophr. Bull. 2006. Suppl. 1. P. S44–S63.
21. Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S. et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, N 1. P. 48–70.
22. Ekman P., Friesen W. Picture of Facial Affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.
23. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. et al. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 115, N 1. P. 74–81.
24. Green M.F., Horan W.P. Social cognition in schizophrenia // Curr. Direct. Psychol. Sci. 2010. Vol. 19. P. 243–248.
25. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior // Arch. Gen. Psychiatry. 2004. Vol. 61. P. 866–876.
26. Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 347–361.

27. Marder S.R., Fenton W.S. Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS Initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 72. P. 5–10.
28. Mazza M., Lucc G., Pacitti F. et al. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? // *Neuropsychol. Rehab.* 2010. Vol. 20, N 5. P. 675–703.
29. Medalia A., Revheim N., Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia // *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30. P. 1451–1459.
30. Mehl S., Rief W., Mink K. et al. Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders // *Psychiatr. Res.* 2010. Vol. 178. P. 276–283.
31. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005.
32. Penn D.L., Spaulding W., Reed D. The relationship of social cognition to ward behaviour in chronic schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1996. Vol. 20. P. 327–335.
33. Pinkham A.E., Penn D.L. Neurocognitive and social cognitive predictors of inter-personal skill in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* 2006. P. 143, 167–178.
34. Roberts D.L., Penn D.L. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 166. P. 141–147.
35. Roberts D.L., Penn D.L., Labate D. et al. Transportability and feasibility of social cognition and interaction training (SCIT) in community settings // *Behav. Cogn. Psychother.* 2010. Vol. 38. P. 35–47.

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, МОТИВАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЕ АСПЕКТЫ

О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, Б. Б. Фурсов, Ю. С. Зайцева, Э. В. Голланд

Методы реабилитационной работы все больше основываются на патогенетических механизмах, приводящих к утрате пациентами социальных ролей и дезадаптации, в основе которых лежат нарушения мотивации, нейрокогниции и социальной когниции. На базе медико-реабилитационного отделения Московского НИИ психиатрии было проведено комплексное исследование данных показателей у 35 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, продемонстрировавших положительную реабилитационную динамику. В результате было выявлено, что нарушение мотивации, недостаточ-

ность механизмов социальной перцепции и внутренней модели сознания другого, снижение показателей нейродинамики и произвольной регуляции отрицательно сказываются на социальном функционировании пациентов. Предполагается, что целенаправленная работа по ремедиации указанных функций позволит положительным образом влиять на реабилитационную динамику у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальная реабилитация, медико-реабилитационное отделение, мотивация, нейрокогниции, социальные когниции, социальные исходы.

PSYCHOSOCIAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS IN A REHABILITATION CENTER: NEUROPSYCHOLOGICAL, MOTIVATION AND SOCIAL COGNITIVE ASPECTS

O. O. Papsuev, L. G. Movina, M. V. Minyaycheva, B. B. Foursov, Yu. S. Zaitseva, E. V. Golland

Modern approached to psychosocial rehabilitation are based upon pathogenic mechanisms of motivational, neurocognitive and social cognitive dysfunction. 35 patients with schizophrenia and positive rehabilitation dynamics were recruited to a multidimensional study conducted in Rehabilitation department of Moscow Research Institute of Psychiatry. It was shown that lack of motivation, disturbed ability to attribute mental

stated and low social perception together with neurocognitive deficits affect social function in patients with schizophrenia. Targeted remediation of cognition and motivation training is suggested to improve rehabilitation prognosis and social outcomes.

Key words: schizophrenia, psychosocial rehabilitation, rehabilitation center, motivation, neurocognition, social cognition, functional outcome.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: movina_larisa@bk.ru

Миняйчева Мария Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: listratova.mariya@mail.ru

Фурсов Борис Борисович – на момент подготовки статьи врач-психиатр медико-реабилитационного отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: fursovbb@gmail.com

Зайцева Юлия Станиславовна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: cirrata@gmail.com

Голланд Этель Викторовна – младший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: ethel-h@yandex.ru