

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Мальцева\*, М.В. Злоказова\*, А.Г. Соловьев\*\*

\*Кировская государственная медицинская академия, Киров

\*\* Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Преимущества комплексного биопсихосоциального подхода к реабилитации пациентов с шизофренией показаны во многих исследованиях [1, 3, 7, 9, 13, 17, 18, 19]. Обоснованность и активное внедрение психосоциального направления в психиатрии обязывает врача-психиатра при разработке программ реабилитации учитывать, как клинический статус больного, так и его социально-психологические характеристики, включая «психологический портрет» пациента – структуру личности [2, 6, 8, 16], что особенно важно в молодом возрасте.

**Цель** исследования: определить клинико-психологические особенности пациентов с параноидной шизофренией молодого возраста в зависимости от длительности заболевания.

### Материал и методы исследования

На базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им.В.М.Бехтерева было обследовано 129 пациентов с параноидной шизофренией молодого трудоспособного возраста (МТВ) (от 18 до 44 лет включительно), проживающих в г.Кирове и области. Возрастные ограничения приведены согласно существующей в настоящее время классификации ВОЗ и классификации возраста, используемой экспертами ФГУ «Федерального бюро медико-социальной экспертизы» [5, 10]. В исследование включались лица обоего пола, находившиеся на стационарном лечении в 2011–2013 гг., на этапе становления ремиссии. Первую группу составили пациенты с длительностью заболевания до 5 лет – 52 чел. (25 муж., 27 жен.), вторую – с длительностью заболевания от 5 до 10 лет – 38 чел. (15 муж., 23 жен.), третью – с длительностью заболевания 10–20 лет – 39 пациентов (13 муж., 26 жен.). Средний возраст пациентов первой группы –  $29,3 \pm 5,9$ ; второй –  $30,6 \pm 5,8$ ; третьей –  $34,7 \pm 3,9$  лет. По распределению пациентов, проживающих в городе и в сельской местности, группы достоверно не различались. Средний возраст манифестации шизофрении –  $24,2 \pm 5,8$  лет.

Среди обследованного контингента были пациенты с параноидной шизофренией с непрерывным типом течения (I гр. – 46,2%, II гр. – 79,0%, III гр. – 89,7%), эпизодическим с нарастающим дефектом (соответственно – 21,1%, 21,0%, 10,3%), с периодом наблюдения менее года (I гр. – 32,7%).

Необходимым условием включения больного в исследование являлась его психологическая и интеллектуальная сохранность, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования, расстройства мышления, не превышающие умеренной степени выраженности по PANSS (1–4 балла).

Среди критериев невключения – злокачественное течение шизофрении, пропфшизофрения, выраженная коморбидная органическая патология головного мозга (последствия черепно-мозговых травм или нейроинфекций, сосудистые заболевания головного мозга, энцефалопатия различной этиологии), верифицированный диагноз зависимости от психоактивных веществ, тяжелые инвалидизирующие соматические заболевания, а также отказ пациента от исследования.

Критериями исключения из исследования являлись: низкий интеллектуальный уровень – 1–3 балла по фактору В «интеллект» 16-ти факторного личностного опросника Кеттелла (форма С), выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы, расстройства мышления по шкале PANSS – 5–7 баллов, отказ пациента от исследования в процессе работы.

Нами были использованы клинико-психопатологическое исследование и экспериментально-психологические методики:

- шкала PANSS [15] – для клинической оценки психического состояния пациентов, степени выраженности позитивных, негативных, общих психопатологических синдромов;

- карта многоосевой оценки психического состояния [12] – вторая ось (шкала «GAF») – для оценки выраженности психических нарушений; третья ось – для определения типа приспособительного поведения;

- метод диагностики межличностных отношений (ДМО) [14] – для выявления типов межличностных взаимоотношений;

- 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла (форма С) фактор В («интеллект») [4] – для определения интеллектуальной сохранности пациентов;

- методика Дембо-Рубинштейн [11] – для субъективной оценки пациентами своих личностных качеств (здоровье, ум, характер, счастье, внешность, уверенность в себе) и изучения уровня притязаний (уровня этих же качеств, полностью удовлетворяющего обследуемого).

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 12.0, Statsoft, Inc. При статистическом анализе применялись методы описательной статистики, критерий Краскела-Уоллиса, Хи-квадрат Пирсона, для оценки взаимосвязи количественных и/или порядковых признаков – метод ранговой корреляции по Спирмену.

### Результаты и обсуждение

В группах пациентов МТВ с параноидной шизофренией с различной длительностью болезни не было выявлено достоверных различий по итоговым баллам по шкалам позитивных, негативных синдромов и общей психопатологии PANSS. Для всей выборки средний балл по шкале позитивных синдромов PANSS составил  $11,57 \pm 2,78$ ; по PANSS N (негативные симптомы) –  $16,49 \pm 4,42$ ; PANSS G (шкала общей психопатологии) –  $27,85 \pm 5,24$ . Отсутствие различий между группами, вероятно связано с тем, что все пациенты находились на этапе становления ремиссии заболевания, кроме того, в исследование включались больные с относительно благоприятным течением параноидной шизофрении, условием отбора была психологическая и интеллектуальная сохранность, достаточная для выполнения экспериментально-психологического исследования.

Анализ зависимости степени выраженности расстройств по субшкалам PANSS от длительности параноидной шизофрении выявил слабые обратные корреляционные связи с PANSS: G1 «озабоченность соматическими ощущениями» ( $r = -0,20 \pm 0,09$ ,  $p < 0,05$ ), G2 «тревога» ( $r = -0,2 \pm 10,09$ ,  $p < 0,05$ ), G4 «напряжение» ( $r = -0,27 \pm 0,09$ ,  $p < 0,01$ ); слабые прямые корреляционные связи – G13 «волевые нарушения» ( $r = 0,24 \pm 0,09$ ,  $p < 0,01$ ), G14 «недостаточный контроль импульсивности» ( $r = 0,24 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ ), то есть при увеличении длительности болезни достоверно нарастают нарушения волевых побуждений к инициации, контролю и поддержанию собственных мыслей, поведению, движению и речи, а также нарушения регуляции внутренних побуждений, что проявлялось в импульсивных действиях; и, наоборот, снижался уровень фиксации на различных соматических ощущениях и внутреннее напряжение как проявление страха и повышенной тревожности.

По шкале «GAF» также не было выявлено достоверных различий между группами пациентов. Сред-

ний балл для всей выборки составил  $52,16 \pm 11,18$ , что является показателем умеренной степени выраженности симптоматики (например, аффективная сглаженность, колебания настроения, приступы фобий и т.д.), то есть у пациентов с различной длительностью болезни данная симптоматика остается на одном уровне в случае сохранения когнитивных функций.

Регулярно принимали амбулаторное поддерживающее лечение не более 1/3 пациентов (из I гр. – 19,2%, II гр. – 28,9%, III гр. – 30,8%). Обращает на себя внимание очень низкий процент больных, особенно в I группе, получавших терапию, что свидетельствует о некомплаенсе и необходимости усиления психообразовательной работы с данным контингентом. Количество пациентов, получавших атипичные нейролептики, достоверно уменьшалось по мере увеличения длительности болезни (I гр. – 60,0%, II гр. – 45,5%, III гр. – 8,3%) и возрастало количество больных, принимавших в качестве поддерживающей терапии клозапин (I гр. – 0%, II гр. – 0%, III гр. – 25,0%). С одной стороны, это, вероятно, связано с тем, что при значительной длительности болезни увеличивалось число пациентов резистентных к терапии, с другой стороны, могло быть вызвано недостаточным вниманием и пессимизмом врачей в отношении терапии данного контингента.

Группы достоверно не различались по количеству амбулаторно принимавших антидепрессанты (9,1% пациентов) и транквилизаторы бензодиазепинового ряда (27,3%).

Были выявлены достоверные различия между I и III группами по количеству госпитализаций за последний год, включая настоящую (I гр. –  $1,73 \pm 0,72$ ; II гр. –  $1,92 \pm 0,88$ ; III гр. –  $2,21 \pm 1,20$ ), то есть больные с длительностью заболевания свыше 10 лет госпитализировались в психиатрический стационар чаще и на более длительный срок (средняя длительность госпитализации – I гр. –  $44,85 \pm 9,44$ ; II гр. –  $48,16 \pm 9,29$ ; III гр. –  $55,49 \pm 9,16$ ), что могло быть связано с тем, что родственники данных пациентов были не заинтересованы в выписке, а пациенты нередко чувствовали себя в больнице комфортнее, чем в домашних условиях, так как в стационаре жить легче из-за отсутствия необходимости выполнения социальных обязательств. В связи с тем, что больные с длительностью заболевания свыше 10 лет провели в условиях психиатрического стационара около 4 месяцев за прошедший год, с нашей точки зрения, обоснованным является включение в программы психосоциальной реабилитации для данного контингента блока мероприятий по профилактике развития госпитализма, включая занятия с психологом (психотерапевтом), направленные на восстановление адекватных взаимоотношений в семье и с близким окружением, тренинги социальных навыков, необходима также семейная терапия.

Конструктивный тип приспособительного поведения (ТПП), характеризующийся социоцентрической

направленностью личности, реалистическим отношением к действительности, преобладанием продуктивных форм поведения, направленных на удержание и развитие достигнутых социальных позиций, выявлялся лишь у четверти обследованных (26,4%). По мере увеличения длительности болезни количество пациентов с конструктивным ТПП достоверно снижалось (I гр. – 40,4%, II гр. – 18,4%, III гр. – 15,4%) и увеличивалось число больных с патологическими ТПП (соответственно – 59,6%, 81,6%, 84,6%). Из патологических ТПП наиболее часто регистрировался регрессивный с эгоцентрической направленностью, высокой степенью отрицания реальности, индифферентным отношением к социальной действительности, зависимой жизненной позицией и низким уровнем собственной продуктивной активности – 42,6% (I гр. – 32,7%, II гр. – 60,6%, III гр. – 38,5%). Данный ТПП отмечался чаще у пациентов II группы как результат нарастания аутизации, социальной изоляции при несформированности механизмов компенсации. Несмотря на отсутствие достоверных различий между группами по числу больных с дезадаптивным морбидным ТПП (соответственно – 21,2%, 15,8%, 30,8%) и дезадаптивным антисоциальным (1,9%, 2,6%, 10,2%) имелась тенденция к увеличению доли пациентов с данными ТПП по мере увеличения длительности болезни. При дезадаптивном морбидном ТПП взаимоотношения обследованных с действительностью определялись псевдопсихопатической перестройкой личности с аффективной лабильностью и элементами гебоидных черт. Антисоциальный тип характеризовался неустойчивостью трудовых установок, склонностью к алкоголизации, сексуальной распушенности, бродяжничеству. Доля пациентов с неопределенным ТПП была незначительной во всех группах (3,8%, 2,6%, 5,1%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения психотерапии и психологической коррекции с данными категориями пациентов.

По всем октантам шкалы ДМО имели показатели в пределах 8 баллов (гармоничные личности без явных проблем в сфере межличностных контактов) лишь 30,6% пациентов (I гр. – 34,9%, II гр. – 33,3%, III гр. – 22,9%), при этом отмечалась тенденция к уменьшению их числа по мере увеличения длительности шизофрении.

У большинства обследованных пациентов МТВ с параноидной шизофренией в сфере межличностного взаимодействия («Я-реальное») преобладали зависимые стили общения.

Сравнение «Я-реального» и «Я-идеального» в группах с различной длительностью заболевания представлено в таблице.

Наиболее высокие средние баллы «Я-реального» во всех группах были выявлены по конформным, зависимым типам межличностного взаимодействия шкалы ДМО: покорно-застенчивый, зависимый-послушный, сотрудничающий-конвенциальный, ответственно-великодушный. Пациенты с покорно-застенчивым типом межличностных отношений характеризовались скромностью, застенчивостью, покорностью, с зависимым-послушным типом – чрезмерной зависимостью от окружающих, конформностью, подчиняемостью, неуверенностью в себе. При преобладании сотрудничающего-конвенциального типа выявлялось компромиссное поведение со стремлением подчеркнуть свою причастность к интересам большинства. Ответственно-великодушный вариант межличностного поведения проявлялся в сверхобязательности, гиперсоциальности установок с подчеркнутым альтруизмом.

Средние баллы «Я-реального» по неконформным типам шкалы ДМО (властный-лидирующий, независимый-доминирующий, прямолинейный-агрессивный, недоверчивый-скептический) во всех группах были ниже, чем по зависимым, конформным типам. Властный-лидирующий тип характеризо-

#### Сравнение «Я-реального» и «Я-идеального» в группах с различной длительностью заболевания

	I группа (до 5 лет)		II группа (от 5 до 10 лет)		III группа (от 10 до 20 лет)	
	Я-реальное	Я-идеальное	Я-реальное	Я-идеальное	Я-реальное	Я-идеальное
Покорно-застенчивый	7,07±3,64**	4,67±2,57	7,79±3,57^^	4,58±3,20	7,49±2,90'	5,54±3,21
Зависимый-послушный	6,33±2,93*	5,00±2,79	7,12±3,39^^	4,91±3,33	6,80±3,03	5,94±3,31
Сотрудничающий-конвенциальный	6,60±3,14*	7,74±3,11	7,61±3,47	7,48±3,55	7,54±3,20'	8,89±3,86
Ответственно-великодушный	6,70±3,69**	8,65±4,17	7,79±4,14	8,30±4,16	7,69±3,38'	9,60±3,81
Властный-лидирующий	5,28±3,62**	7,93±3,87	5,55±3,90^	7,79±3,97	5,80±3,45'	7,71±3,54
Независимый-доминирующий	5,23±2,73*	6,21±2,42	5,03±2,48^	5,76±2,73	5,23±2,37	6,03±2,44
Прямолинейный-агрессивный	6,21±2,60	6,23±2,93	5,82±2,51	5,33±3,02	5,74±2,56	5,89±2,73
Недоверчивый-скептический	5,30±3,10**	2,93±2,59	6,12±3,73	3,18±2,58	5,37±3,27'	2,86±2,67

Примечания: принят критический уровень значимости  $p \leq 0,05$  (\* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$  – I и II группы; ^ –  $p < 0,05$ , ^^ –  $p < 0,001$  – I и III группы; ' –  $p < 0,05$ , '' –  $p < 0,001$  – II и III группы). Для сравнения «Я-реальное» и «Я-идеальное» в исследуемых группах – критерий Вилкоксона (\* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$  – «Я-реальное» и «Я-идеальное» I группа; ^ –  $p < 0,05$ , ^^ –  $p < 0,001$  – «Я-реальное» и «Я-идеальное» II группа; ' –  $p < 0,05$ , '' –  $p < 0,001$  – «Я-реальное» и «Я-идеальное» III группа).

вался уверенностью в себе, руководящей позицией, нетерпимостью к критике, переоценкой собственных возможностей; независимый-доминирующий – независимостью, уверенностью, склонностью к соперничеству, самодовольством, выраженным чувством собственного превосходства над окружающими, тенденцией иметь особое мнение, отличное от мнения большинства; прямолинейный-агрессивный – искренностью, прямолинейностью, настойчивостью в достижении цели, чрезмерным упорством, несдержанностью, вспыльчивостью; недоверчивый-скептический – скептицизмом, неконформностью, обидчивостью, недоверчивостью, подозрительностью по отношению к окружающим.

При анализе октантов «Я-идеального» было выявлено желание пациентов снизить собственную подчиняемость, неуверенность в себе, конформность и усилить руководящие позиции в социальном общении, компромиссное поведение, ответственность. При сравнении «Я-реального» и «Я-идеального» достоверно более низкие баллы во всех группах в листе «Я-идеальное» регистрировались по покорно-застенчивому, зависимому-послушному и недоверчивому-скептическому типам межличностных отношений. Наоборот, более высокие баллы в «Я-идеальном» выявлялись по сотрудничающему-конвенциональному, ответственно-великодушному, властно-лидирующему и независимому-доминирующему типам.

Слабая обратная корреляционная связь была выявлена между количеством баллов по VII октанту (сотрудничающий-конвенциональный тип) и степенью выраженности PANSS N1 («притупленный аффект») ( $r=-0,27$ ,  $p<0,01$ ), PANSS N4 («пассивно-апатическая социальная отгороженность») ( $r=-0,19$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G16 («активная социальная устранимость») ( $r=-0,22$ ,  $p<0,05$ ), суммарным баллом по шкале PANSS ( $r=-0,19$ ,  $p<0,05$ ). Ответственно-великодушный тип межличностного взаимодействия также коррелировал со степенью выраженности негативных и общепсихопатологических расстройств – PANSS N1 («притупленный аффект») ( $r=-0,22$ ,  $p<0,05$ ), PANSS N4 («пассивно-апатическая социальная отгороженность») ( $r=-0,28$ ,  $p<0,01$ ), PANSS G ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G4 («напряженность») ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G16 («активная социальная устранимость») ( $r=-0,27$ ,  $p<0,01$ ), суммарным баллом по шкале PANSS ( $r=-0,22$ ,  $p<0,05$ ). Данные типы межличностного взаимодействия имели относительно сохраненные в эмоциональном плане пациенты с достаточным энергетическим и волевым потенциалом при отсутствии в симптомокомплексе немотивированного страха, тревоги, враждебного и подозрительного отношения к окружающим. На наш взгляд такие типы социальных взаимоотношений являются благоприятными для формирования комплаенса между врачом и пациентом. Умение разделять ответственность, обязательность и способность

к сотрудничеству являются предикторами успешности реабилитационной работы.

Зависимый-послушный и покорно-застенчивый типы социальных контактов не имели достоверных корреляций со степенью выраженности расстройств по шкале PANSS.

Властный-лидирующий тип коррелировал с PANSS P4 («идеи величия») ( $r=0,22$ ,  $p<0,05$ ), PANSS P5 («возбуждение») ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ), PANSS N ( $r=-0,25$ ,  $p<0,01$ ), PANSS N1 («притупленный аффект») ( $r=-0,27$ ,  $p<0,01$ ), PANSS N4 («пассивно-апатическая социальная отгороженность») ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G4 («напряженность») ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G7 («моторная заторможенность») ( $r=-0,25$ ,  $p<0,01$ ), PANSS G15 («загруженность психическими переживаниями») ( $r=-0,19$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G16 («активная социальная устранимость») ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ). Пациенты с данным типом взаимоотношений часто имели в симптоматике экспансивные бредовые идеи, отличались повышенным уровнем бодрствования, чрезмерно изменчивым настроением, повышенной раздражительностью, ускоренной речью и двигательной активностью, и наоборот, незначительной выраженностью аутизации и негативной симптоматики, отсутствием страха, тревоги и подозрительности.

Прямая корреляционная связь средней силы была выявлена у пациентов МТВ с параноидной шизофренией между независимым-доминирующим типом межличностных взаимоотношений и PANSS P4 («идеи величия») ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ), PANSS G9 («необычное содержание мыслей») ( $r=0,20$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G12 («снижение критичности к своему состоянию») ( $r=0,32$ ,  $p<0,001$ ), то есть в симптоматике обследованных с данным типом социальных контактов часто выявлялись бредовые идеи экспансивного спектра, эксцентричные или фантастические мысли (например, что он только что избежал смерти или принимает радиосигналы из космоса через зубную пломбу и т.д.). Данные больные отличались выраженными нарушениями критики к своему состоянию, вплоть до полного отрицания у себя каких-либо психических нарушений.

Прямолинейный-агрессивный тип коррелировал только с PANSS G12 («снижение критичности к своему состоянию») ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ), что отражает нарушение критики к заболеванию у данных больных.

Достоверно значимые прямые корреляционные связи были выявлены между недоверчивым-скептическим типом и PANSS P6 («подозрительность, идеи преследования») ( $r=0,19$ ,  $p<0,05$ ), PANSS G8 («малоконтактность, отказ от сотрудничества») ( $r=0,25$ ,  $p<0,01$ ). В данном случае преобладание в клинической картине подозрительности, недоверия к окружающим, персекуторных фабул бреда, негативизма, враждебности мешало налаживанию гармоничных социальных контактов и способствовало изоляции таких больных.

Группы не различались по количеству баллов разницы между октантами реального и идеального «Я» (I гр. – 6,26±3,08; II гр. – 6,18±3,32; III гр. – 5,71±2,73). Было выявлено, что в среднем только 32,4% больных (соответственно – 30,2%, 24,2%, 42,9%) имели допустимую разницу (в пределах 4 баллов) между «Я-реальным» и «Я-идеальным», что отражало достаточное самоуважение и позитивную оценку в целом своей личности с тенденцией к дальнейшему самосовершенствованию при некритичном недовольстве собой. Выраженная внутренняя неудовлетворенность собой (разница по октантам реального и идеального «Я» более 4 баллов) наблюдалась у 66,6% обследованных (69,8%, 72,8%, 57,1%). Полная удовлетворенность собой (совпадение «Я-реального» и «Я-идеального») наблюдалась лишь у одного пациента из II группы (3,0%).

При анализе корреляций между разницей «Я-реального» и «Я-идеального» с количеством баллов по шкале PANSS прямая слабая связь регистрировалась только с субшкалой PANSS P6 («подозрительность, идеи преследования») ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ), то есть чем более выражена параноидная симптоматика, тем пациент был более неудовлетворен собой и стилем своих социальных контактов.

Разница по октантам «Я-реального» и «Я-идеального» более 4 баллов (выраженная внутренняя неудовлетворенность собой) также чаще регистрировалась у больных с зависимыми стилями общения: покорно-застенчивый тип ( $r=0,37$ ,  $p<0,001$ ), зависимый-послушный ( $r=0,25$ ,  $p<0,01$ ), недоверчивый-скептический ( $r=0,40$ ,  $p<0,001$ ), что может быть отражением низкой самооценки и неприятием себя данными пациентами.

У пациентов с властным-лидирующим типом межличностных взаимоотношений, наоборот, как правило, выявлялась разница «Я-реального» и «Я-идеального» менее 4 баллов, вплоть до полного совпадения (например, пациент из II гр. с полным совпадением «Я-реального» и «Я-идеального») ( $r=-0,27$ ,  $p<0,01$ ). Для других типов межличностного взаимодействия корреляционных связей выявлено не было.

Группы не различались по среднему показателю уровня притязаний (УП) (I гр. – 84,50±14,08; II гр. – 84,17±14,71; III гр. – 84,59±13,24). Реалистический (нормальный) УП (60–89 баллов), подтверждающий оптимальное представление о своих возможностях и являющийся важным фактором для эффективной реабилитации, отмечался у 50,4% пациентов (соответственно – 48,1%, 47,4%, 56,4%); очень высокий (90–100 баллов) с некритическим отношением к собственным возможностям – 43,4% (46,1%, 44,7%, 38,5%); заниженный (менее 60 баллов) с пассивным отношением к трудностям – 6,2% (5,8%, 7,9%, 5,1%).

Показатель УП у пациентов МТВ с параноидной шизофренией не зависел от типа течения болезни, частоты госпитализаций за последний год, коли-

чества баллов по шкалам PANSS позитивных синдромов и общей психопатологии, ТПП, но зависел от количества баллов по шкале негативных синдромов PANSS – чем более выражены негативные расстройства, тем ниже был УП ( $r=-0,30±0,08$ ,  $p<0,001$ ). Достоверные корреляционные связи были выявлены между показателем УП и следующими субшкалами негативных расстройств PANSS: «притупленный аффект», «эмоциональная отгороженность», «пассивно-апатическая социальная отгороженность», «нарушение спонтанности и плавности речи». Данные расстройства приводят к нарушению формирования мотивации, ослаблению либо отсутствию борьбы мотивов, а при более выраженных проявлениях к невозможности постановки адекватных реабилитационных целей и, как следствие, к недостаточной эффективности процесса реабилитации.

Прямые корреляционные связи были выявлены между показателем УП и следующими типами межличностных взаимоотношений: властным-лидирующим ( $r=0,43$ ,  $p<0,001$ ), сотрудничающим-конвенциональным ( $r=0,33$ ,  $p<0,001$ ), ответственно-великодушным ( $r=0,37$ ,  $p<0,001$ ), то есть чем выше были баллы по данным октантам опросника ДМО, тем более сложные жизненные, в том числе реабилитационные, цели, иногда неадекватные собственным возможностям, ставил перед собой пациент. В процессе реабилитации это приводило к некомплаенсу. При этом цели, которые ставил врач и пациент, могли значительно отличаться. Достоверных корреляций УП с другими типами межличностных взаимоотношений обнаружено не было.

Группы пациентов МТВ с параноидной шизофренией также достоверно не различались по уровню самооценки (УС) – 55,93±24,49 (I гр. – 57,54±23,28; II гр. – 50,66±24,63; III гр. – 58,93±25,72). Адекватная самооценка (45–74 балла) наблюдалась в 41,9% случаев; низкая самооценка (менее 45 баллов) с неуверенностью и недооценкой собственных сил – 32,5%; завышенная (75–100 баллов) с «закрытостью для опыта», нечувствительностью к своим ошибкам, неудачам, замечаниям, советам окружающих, затрудняющая построение отношений «врач-пациент» – 25,6%.

УС у пациентов молодого возраста с шизофренией не зависел от частоты госпитализаций за последний год.

Прямая корреляционная связь средней силы ( $r=0,54$ ,  $p<0,001$ ) была выявлена между УС и УП – чем выше у пациента самооценка, тем более высокие и сложные цели и задачи он перед собой ставил.

Независимо от длительности болезни более низкая самооценка регистрировалась у больных с непрерывным типом течения шизофрении в связи с более выраженными негативными расстройствами по сравнению с пациентами с эпизодическим типом течения с нарастающим дефектом – 52,2±25,2 и 65,4±20,3 ( $p<0,05$ ). Утрата прежних интересов, снижение эмо-

циональности, нарушение формирования побуждений к различным видам деятельности, равнодушие к окружающим и себе, нарастающая аутизация приводят к пассивности с низкой оценкой собственных личностных характеристик. При этом низкий УС у данных пациентов, вероятно, можно рассматривать как один из симптомов заболевания, выраженность которого достоверно увеличивается по мере нарастания негативной симптоматики ( $r=-0,40$ ,  $p<0,001$ ) при условии относительной сохранности интеллектуальных функций.

Самооценка не зависела от общего количества баллов по шкале позитивных синдромов PANSS, слабая обратная корреляционная связь была выявлена только между УС и степенью выраженности дезорганизации ассоциативного процесса мышления – по мере нарастания расстройств мышления самооценка снижалась ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ). Среди пациентов с умеренными нарушениями мышления УС был достоверно ниже, чем у пациентов с легкими расстройствами, то есть можно говорить о наличии достаточно высокой критичности обследованных в отношении оценки собственной мыслительной деятельности. УС также зависел от количества баллов по шкале общей психопатологии PANSS – чем выше балл по данной шкале, тем ниже самооценка ( $r=-0,29$ ,  $p<0,001$ ). Слабые обратные корреляционные связи были выявлены между УС и субшкалами «тревога» ( $r=-0,21$ ,  $p<0,05$ ), «чувство вины» ( $r=-0,23$ ,  $p<0,01$ ), «напряженность» ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ), «депрессия» ( $r=-0,23$ ,  $p<0,01$ ), «активная социальная устранимость» ( $r=-0,27$ ,  $p<0,01$ ), что свидетельствует о достоверной взаимосвязи данных симптомов с более низкой самооценкой.

УС также зависел от ТПП у пациентов МТВ с параноидной шизофренией: достоверно более высокая самооценка была выявлена у больных с конструктивным типом по сравнению с обследованными, у которых отмечался дезадаптивный морбидный ( $68,5\pm 19\pm 0,6$  и  $56,1\pm 20,3$  соответственно,  $p<0,05$ ), регрессивный ( $68,5\pm 19,6$  и  $48,5\pm 26,2$ ,  $p<0,001$ ) и дезадаптивный антисоциальный ( $68,5\pm 19,6$  и  $48,0\pm 22,3$ ,  $p<0,05$ ) типы. Более низкая самооценка у пациентов с патологическими ТПП может быть связана с выраженными негативными расстройствами (регрессивный тип) и психопатоподобными нарушениями, приводящими к проблемным отношениям с обществом.

Прямые корреляционные связи средней силы были отмечены между УС и следующими типами межличностных взаимоотношений: властным-лидирующим ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ), независимым-доминирующим ( $r=0,32$ ,  $p<0,001$ ), сотрудничающим-конвенциональным ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ), ответственно-великодушным ( $r=0,35$ ,  $p<0,001$ ); обратные корреляции – с недоверчивым-скептическим ( $r=-0,32$ ,  $p<0,001$ ), покорно-застенчивым ( $r=-0,25$ ,  $p<0,01$ ), то есть пациенты с доминирующими и с сотрудничающим-конвенциональным типами взаимоотношений имели

более высокую самооценку, а пациенты с покорно-застенчивым и недоверчивым-скептическим стилями социальных контактов более низкую с недоверчивым и неудовлетворенностью собой.

## Выводы

По мере увеличения длительности болезни у пациентов молодого возраста с параноидной шизофренией достоверно нарастали волевые расстройства, нарушения регуляции внутренних побуждений в виде импульсивных действий; и, наоборот, снижался уровень фиксации на различных соматических ощущениях и внутреннее напряжение.

Регулярно принимали амбулаторное поддерживающее лечение не более 1/3 пациентов, что свидетельствовало о преобладании нонкомплаенса. При этом количество пациентов, получавших атипичные нейролептики, достоверно уменьшалось по мере увеличения длительности болезни, что, вероятно, связано с нарастанием резистентности, а также с недостаточным вниманием и пессимизмом врачей в отношении терапии данного контингента.

Больные с длительностью заболевания свыше 10 лет госпитализировались в психиатрический стационар чаще и на более длительный срок, поэтому обоснованным является включение в программы психосоциальной реабилитации для данного контингента блока мероприятий по профилактике развития госпитализма.

По мере увеличения длительности болезни количество пациентов с конструктивным ТПП достоверно снижалось и увеличивалось число больных с патологическими ТПП с нереалистическим отношением к действительности и преобладанием дезадаптивных форм поведения.

Отсутствие явных проблем в сфере межличностных контактов наблюдалось лишь у 30,6% пациентов, при этом, выявлялась тенденция к уменьшению числа таких больных по мере увеличения длительности течения шизофрении.

У большинства обследованных пациентов молодого возраста с параноидной шизофренией в сфере межличностного взаимодействия («Я-реальное») преобладали зависимые стили общения с низкой самооценкой и выраженной внутренней неудовлетворенностью собой (разница по октантам реального и идеального «Я» более 4 баллов). В идеале больные хотели бы усилить руководящие позиции, быть более независимыми, уверенными в себе, при этом уметь находить компромиссы в социальных контактах.

У каждого второго пациента молодого возраста с шизофренией были выявлены отклонения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного уровня притязаний, около 60% больных имели нарушения самооценки.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ психосоциальной реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Былим И.А., Яровицкий В.Б. Особенности полипрофессионального бригадного подхода в системе реабилитации психически больных в условиях амбулаторной службы // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19–21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции / Под ред. Н.Г.Незванова, В.Н.Краснова. Самара, 2013. С. 54.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии // Руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. 256 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2007. 492 с.
4. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р.Кеттелла. СПб., 2001. 97 с.
5. Кардаков Н.Л. Особенности первичной инвалидности молодого возраста с учетом группы инвалидности в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. № 2. С. 35–37.
6. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: «Гиппократ +», 2004. 336 с.
7. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больных с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. ... канд. мед. наук. М., 2007. 28 с.
8. Мальцева Е.А., Злоказова М.В. Исследование особенностей межличностного взаимодействия у пациентов молодого возраста, страдающих шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Томск, 2011. Вып. 15. С. 145–146.
9. Полищук Ю.И. Гуманитарные основы психосоциальной терапии и реабилитации психически больных // Современная терапия психических расстройств. 2008. № 3. С. 31–33.
10. Пугиев Л.И. Потребность инвалидов молодого возраста в профессиональной реабилитации и особенности трудового устройства инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 2. С. 19–21.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике (практическое руководство). М.: Медицина, 1970. 215 с.
12. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. СПб.: ВмедА, 2001. 40 с.
13. Семенова Н.Д. Исследование в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // XIV съезд психиатров России: материалы съезда / Под ред. В.Н. Краснова. М., 2005. С. 82.
14. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений: Практическое руководство. СПб.: Речь, 2003. 96 с.
15. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 251–275.
16. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2<sup>nd</sup> ed. // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, Suppl. P. 1–56.
17. Mojtabai R., Nicholson R.A., Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 569–587.
18. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 2004.
19. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. S64–S80.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Мальцева, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев

Проанализированы клинико-психологические показатели у 129 пациентов с параноидной шизофренией молодого возраста (18–44 лет). По мере увеличения длительности болезни в клинической картине достоверно нарастают волевые расстройства и импульсивность и наоборот, снижался уровень фиксации на различных соматических ощущениях и внутреннее напряжение. Регулярно принимали амбулаторное поддерживающее лечение не более 1/3 пациентов, что свидетельствовало о некомплаенсе. Больные с длительностью заболевания свыше 10 лет имели повышенный риск формирования госпитализма. Конструктивный тип приспособительного поведения выявлялся лишь у четверти обследованных. По мере увеличения длительности болезни

количество таких пациентов достоверно снижалось. Отсутствие явных проблем в сфере межличностных контактов наблюдалось лишь у трети пациентов. У каждого второго пациента молодого возраста с шизофренией были выявлены отклонения в мотивационной сфере в виде завышенного или заниженного уровня притязаний; около 60% больных имели нарушения самооценки. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ психосоциальной реабилитации.

**Ключевые слова:** шизофрения, молодой трудоспособный возраст, тип приспособительного поведения, особенности социальных контактов, уровень притязаний, самооценка, психосоциальная реабилитация.

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF YOUNG PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

E.A. Maltseva, M.V. Zlokazova, A.G. Solovyov

The authors have analyzed clinical and psychological characteristics of 129 young patients (18–44 years) with paranoid schizophrenia. Longer history of disease showed a significant association with volitional problems and impulsivity as well as decreasing focus on various somatic sensations and tension. Only 1/3 of patients happened to follow a regular maintenance therapy in out-patient conditions. That is a clear indication of noncompliance. Patients with the history of disease more than ten years had a higher risk for developing hospitalism. Only every fourth patient demonstrated constructive adaptive behaviors, and with a longer history of disease, the proportion of

such patients decreased. A third of all patients did not seem to have obvious interpersonal problems. Every second young patient with schizophrenia showed motivation problems, specifically, too high or too low expectations, and 60% had inadequate self-esteem. The data obtained should be taken into account in the development of individual programs for psychosocial rehabilitation.

**Key words:** schizophrenia, young age, adaptive behavior, social contacts, expectations, self-esteem, psychosocial rehabilitation.

Мальцева Екатерина Александровна – ассистент кафедры психиатрии Кировской государственной медицинской академии; e-mail: 1-2-3-4-83@mail.ru

Злоказова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Кировской ГМА; e-mail: marinavz@mail.ru

Соловьев Андрей Горгоньевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета; asoloviev1@yandex.ru