

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПРОАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

А.И. Ерзин, Е.Ю. Антохин

Оренбургский государственный медицинский университет

Негативные симптомы, наряду с продуктивной симптоматикой, считаются основными проявлениями шизофрении и создают значительные трудности в лечении этого заболевания [1, 2, 18, 21]. К сожалению, еще пока недостаточно средств и методов коррекции, которые в полной мере могли бы нивелировать негативную симптоматику [20]. К тому же, недостаточная эффективность антипсихотической терапии осложняется низкой комплаентностью пациентов [3, 8, 12, 17, 19]. Негативные симптомы зачастую проявляются еще в инициальном периоде шизофрении за несколько месяцев и даже лет до манифестации заболевания и первой госпитализации больного [4–7, 13, 15–16]. Поэтому ранняя диагностика, превентивные психиатрические меры, включая психообразование и психотерапию, могут выступать важными предикторами высокой эффективности профилактики и лечения расстройств шизофренического спектра [1, 2, 14].

Ангедония, снижение мотивации, спонтанности, интенсивности и диапазона эмоциональных реакций, нарушение вербальной и невербальной коммуникации, ограниченная речевая продукция и утрата разговорной беглости, редукция интереса к социальному взаимодействию и сексуальным контактам составляют ядро негативной симптоматики шизофрении [22]. Одним из интегративных показателей нормальной психической деятельности и поведения является проактивность. Под проактивностью понимают, во-первых, проявление самодетерминации, самоинициации и спонтанности, во-вторых, когнитивную деятельность, включающую в себя исполнительные функции (антиципация, прогнозирование, планирование и целеполагание), в-третьих, собственно поведенческую активность, преследующую своей целью продуктивное изменение условий существования и воздействие на события в противоположность пассивной адаптации, избегающему поведению или враждебности [11]. Замечено, что на ранних этапах развития шизофрении проактивность снижается [9]. Редукцию компонентов проактивности можно рассматривать, с одной стороны,

как последствия когнитивных нарушений, а с другой стороны, в рамках негативной симптоматики. Кроме того, снижение проактивности может обуславливаться продуктивными симптомами, под влиянием которых больной утрачивает продуктивный контакт с реальностью и подчиняет свое поведение психотическим проявлениям.

Цель данного исследования – определение степени взаимосвязи проактивности и негативных симптомов у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом.

Материалы и методы

Клинико-психопатологически, клинико-психологически и психодиагностически было обследовано 79 больных, перенесших первый психотический эпизод шизофрении (средний возраст – 21,3 лет), из них 49 мужчин и 30 женщин. Продолжительность госпитализации – 1–6 недель. Клинически у всех пациентов диагностирована параноидная форма шизофрении. Из исследования исключались больные с длительностью заболевания более 5 лет, имеющие в анамнезе более 3 психотических приступов, со злокачественным течением шизофрении, с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженным нарушением функций пораженной системы, сопутствующей алкогольной и/или наркотической зависимостями, а также беременные и кормящие женщины.

Использовались клинические шкалы Negative Symptom Assessment (NSA-16), Personal and Social functioning scale (PSP), опросник «Проактивное поведение» [10]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью корреляционного анализа Пирсона.

Результаты и обсуждение

Анализ данных описательных статистик показал (табл. 1), что в обследованной группе больных шизофренией наблюдалась умеренная выраженность негативных симптомов. На первый план выходили такие нарушения, как сокращенная модуляция интен-

сивности эмоций, ограниченный объем речевой информации и ослабленное чувство цели. По шкале личностного и социального функционирования (PSP) пациенты демонстрировали в основном сниженные показатели в таких сферах, как социально полезная деятельность, отношения с близким окружением и самообслуживание. По субшкале «Беспокоящее и агрессивное поведение» грубых расстройств выявлено не было.

Анализ структуры компонентов проактивности (табл. 2), показал, что на первом месте по выраженности оказалась шкала «Метапотребности», описывающая мотивационные источники поведенческой активности. Интервьюирование пациентов позволило уточнить, что наиболее значимыми потребностями для них являются потребность в развитии, познавательные мотивы, эстетические потребности. Мотивы, связанные с социальным взаимодействием, представлены значительно реже.

На втором месте по степени выраженности расположилась шкала «Внутренняя детерминация поведения». Шкала описывает степень самоинициации и восприятия себя в роли основного источника собственной активности. Высокие значения по этой шкале могут быть свидетельством того, что обследованные пациенты в повседневной жизни стара-

ются ориентироваться при выборе моделей поведения преимущественно на собственные установки, взгляды, убеждения и ценностные ориентации. При этом отдельные установки и убеждения могут встраиваться в фабулу бреда, негативно влияя на социальное функционирование.

На третьем месте по степени выраженности – шкала интернальности. Относительно невысокая выраженность показателей по этой шкале свидетельствует о недостаточно развитой склонности больных шизофренией брать на себя ответственность за происходящие с ними события.

На четвертом месте по степени выраженности оказалась шкала «Автономия в принятии решений». Низкие значения по данной шкале свидетельствуют об убежденности больных в том, что их выбор является недобровольным, а поведение контролируется другими людьми.

Более низкие значения получены по шкалам «Спонтанность», «Осознанность действий» и «Прогнозирование последствий поведения». Последние две шкалы отражают способность к самоконтролю и саморефлексии. Естественная спонтанность, вероятно связанная с социальными навыками и характерная для здоровых людей, у больных шизофренией проявляется в меньшей степени.

Таблица 1

Описательная статистика выраженности негативных симптомов в обследованной выборке

	Симптомы	Min	Max	M	SD
NSA-16	Ограниченный объем речевой информации	2	7	4.55	1.119
	Обедненное содержание речи	2	6	4.17	1.084
	Сокращение диапазона эмоций	2	6	4.09	1.160
	Сокращенная модуляция интенсивности эмоций	2	7	4.43	1.157
	Ослабленная социальная интенция	2	7	4.17	1.372
	Ослабленное чувство цели	2	7	4.28	1.327
	Ослабленный интерес к хобби и увлечениям	1	6	3.61	1.526
	Сокращенный объем повседневной активности	1	6	3.83	1.283
	Глобальная оценка негативных симптомов	2	7	4.80	1.106
PSP	Социально полезная деятельность	1	5	3.36	1.163
	Отношения с близкими и прочие социальные отношения	1	5	2.96	0.812
	Самообслуживание	1	5	3.23	0.860
	Беспокоящее и агрессивное поведение	1	5	2.01	1.078

Таблица 2

Описательная статистика личностных компонентов проактивности в обследованной выборке

Шкалы	Min	Max	M	SD
Осознанность действий	16	40	21.72	5.167
Прогнозирование последствий поведения	10	40	22.35	4.452
Внутренний локус контроля	22	39	26.75	2.815
Спонтанность	15	39	21.00	3.674
Автономия в принятии решений	19	40	23.19	3.675
Метамотивация	25	39	34.32	2.898
Внутренняя детерминация поведения	27	37	32.65	2.202
Индекс проактивности	155	266	181.19	18.067

Из данных корреляционного анализа (табл. 3), компоненты проактивности почти со всеми негативными симптомами и нарушениями социального функционирования образуют обратную взаимосвязь. Индекс проактивности отрицательно коррелирует с ограниченным объемом речевой продукции, обедненным содержанием речи, сокращением диапазона и интенсивности эмоций, ослабленной социальной интенцией и чувством цели, снижением интереса к увлечениям, а также сокращенным объемом повседневной активности. Было установлено, что низкие значения индекса проактивности не оказывают существенного влияния на нарушения самообслуживания, отношения с близкими людьми, а также агрессивное поведение.

Другие шкалы опросника «Проактивное поведение» также обнаруживают отрицательные взаимосвязи с негативной симптоматикой. Значимых тесных корреляций шкал метамотивации и самодетерминации с негативными симптомами выявлено не было.

Установленные корреляции указывают на то, что снижение проактивности у больных шизофренией тесно связано с негативными симптомами. Особенно это касается сферы социальных взаимоотношений. У больных, у которых в ходе психодиагностического исследования выявляются низкие значения осознанности поведения, антиципации, спонтанности, интернальности и автономии в принятии решений, как правило, обнаруживаются более выраженные негативные симптомы. Высокие показатели самодетерминации и метамотивации, в свою очередь оказываются положительно связанными с рядом негативных психопатологических симптомов. Особенно ярко это проявляется в сфере самообслуживания. Эта особенность может быть объяс-

нена тем, что больные шизофренией, по сравнению с нормой, демонстрируют более высокие показатели по шкалам «Метамотивация» и «Внутренняя детерминация поведения». Это может являться признаком нарушения социального функционирования, оторванности от действительности в виде ухода от реальности с необычными интересами и увлеченностью философией, религией («метафизическая интоксикация») в сочетании с формализовано-декларируемой потребностью в саморазвитии и самореализации без учета социального контекста и игнорированием более элементарных потребностей и мотивов. В норме же структура личностных компонентов проактивного поведения является более однородной (метамотивация и самодетерминация не достигают статистически значимых различий в отношении к другим компонентам проактивности). Можно лишь предположить, что возрастание важности метапотребностей у больных шизофренией является следствием бредовой симптоматики, однако, это задача отдельного исследования.

Заключение

Проведенное исследование показало, что снижение общей проактивности тесно связано с негативными симптомами при шизофрении. Особенно это касается таких нарушений, как ограниченный объем речевой продукции, обедненное содержание речи, сокращение диапазона эмоций, ослабленная социальная интенция, снижение интереса к хобби и повседневной активности. Важными личностными компонентами, связанными с негативной симптоматикой шизофрении, являются саморефлексия, антиципация, интернальность, спонтанность и автономия в принятии решений.

Таблица 3

Взаимосвязь негативной симптоматики и проактивности у больных шизофренией

Шкалы	Индекс проактивности	Осознанность действий	Прогнозирование последствий поведения	Внутренний локус контроля	Спонтанность	Автономия в принятии решений	Метамотивация	Внутренняя детерминация поведения
Ограниченный объем речевой информации	-.457	-.515	-.249	-.423	-.437	-.34	.027	-.023
Обедненное содержание речи	-.409	-.443	-.238	-.328	-.402	-.337	-.112	.044
Сокращение диапазона эмоций	-.643	-.712	-.451	-.531	-.58	-.581	-.036	.081
Сокращенная модуляция интенсивности эмоций	-.715	-.791	-.536	-.58	-.618	-.58	.052	-.082
Ослабленная социальная интенция	-.554	-.717	-.364	-.417	-.478	-.477	.091	.167
Ослабленное чувство цели	-.535	-.755	-.333	-.444	-.463	-.477	.191	.149
Ослабленный интерес к хобби и увлечениям	-.569	-.74	-.337	-.468	-.503	-.521	.072	.141
Сокращенный объем повседневной активности	-.445	-.539	-.325	-.339	-.365	-.494	-.098	.294
Глобальная оценка негативных симптомов	-.672	-.796	-.524	-.534	-.61	-.601	.13	.075
Социально полезная деятельность	-.696	-.806	-.43	-.608	-.636	-.592	.087	.04
Отношения с близкими и прочие социальные отношения	-.348	-.47	-.358	-.258	-.352	-.236	.056	.12
Самообслуживание	-.077	-.249	-.215	.032	-.076	.009	.107	.202
Беспокоящее и агрессивное поведение	-.145	-.063	-.201	-.089	-.135	-.148	-.123	.067

Редукцию проактивности можно рассматривать как важный диагностический критерий, который проявляется наряду с негативными симптомами на ранних этапах развития шизофрении. В психо-

диагностическом исследовании медицинским психологам рекомендуется использовать разработанный авторами опросник «Проактивное поведение» [10].

ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю. Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина. 2011. № 1. С. 71–80.
2. Антохин Е.Ю., Горбунова М.В., Крюкова Е.М., Соломатова Т.А. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина. 2008. № 3. С. 55–64.
3. Бабин С.М., Васильева А.В., Шлафер А.М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 1. С. 9–16.
4. Гурович И.Я., Пасуев О.О., Миняйчева М.В., Мовина Л.Г. Социальные когниции при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2014. № 6-1 (94). С. 81–87.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М.: Медпрактика-М, 2010. 543 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Шизофрения в систематике психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 46–49.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14.
8. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3 (84). С. 18–23.
9. Ерзин А.И. Личностные предикторы проактивности у больных параноидной шизофренией // Психология и психотехника. 2014. № 6. С. 642–652.
10. Ерзин А.И. Методика «Проактивное поведение»: описание шкал и первичная оценка психометрических показателей // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. № 4. С. 59–69.
11. Ерзин А.И. Проблема проактивности в психологии здоровья // NB: Психология и психотехника. 2014. № 1. С. 94–124.
12. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 89–101.
13. Симонова Н.А., Гарах Ж.В., Зайцева Ю.С., Шмуклер А.Б. Нейрофизиологические механизмы нарушения зрительного восприятия при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 81–89.
14. 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.
15. Шмуклер А.Б. Клиника первого психотического эпизода: организация и перспективы // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Материалы Российской конференции; совещание главных психиатров и наркологов, руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь; пленум Правления Российского общества психиатров / Ответственный редактор Краснов В.Н. 2004. С. 121–122.
16. Шмуклер А.Б., Семенова Е.А. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией при обратном развитии приступа на начальных этапах заболевания // Доктор.Ру. 2013. № 5 (83). С. 64–70.
17. Ansari S., Mulla S. Analysis of variables affecting drug compliance in schizophrenia // Ind. Psychiatry J. 2014. Vol. 23, N 1. P. 58–60. doi: 10.4103/0972-6748.144968.
18. Chan R.C.K., Shi C., Lui S.Y., Ho K.K.Y., Hung K.S.Y., Lam J.W.S., Wang Y., Cheung E.F.C., Yu X. Validation of the Chinese version of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): a preliminary report // Front. Psychol. 2015. N 6. P. 7.
19. Chandra I.S., Kumar K.L., Reddy M.P., Reddy C.M. Attitudes toward Medication and Reasons for Non-Compliance in Patients with Schizophrenia // Ind. J. Psychol. Med. 2014. N 36 (3). P. 294–298. doi: 10.4103/0253-7176.135383.
20. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T., Marder S.R. The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms // Schizophr. Bull. 2006. N 32. P. 214–219. doi:10.1093/schbul/sbj053.
21. Marder S.R., Rabinowitz J., Kapur S. Clinical trials for negative symptoms – emerging directions and unresolved issues // Schizophr. Res. 2013. N 150. P. 327–337. doi:10.1016/j.schres.2013.10.005
22. Millan M.J., Fone K., Steckler T., Horan W.P. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment // Eur. Neuropsychopharmacol. 2014. Vol. 24, N 5. P. 645–692. doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.03.008. Epub 2014 Apr 4.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПРОАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

А.И. Ерзин, Е.Ю. Антохин

Представлены результаты исследования проактивности, негативной симптоматики и социального функционирования у больных шизофренией. Установлено, что на ранних этапах развития заболевания проактивность (как базисная характеристика психически здоровой личности) снижается наряду с появлением и нарастанием негативных симптомов. Наименее развитыми компонентами проактивного поведения у обследованных больных явились саморефлексия, антиципация и автономия в принятии решений. Компоненты проактивности с большинством негатив-

ных симптомов образуют обратную взаимосвязь. Индекс проактивности отрицательно коррелирует с ограниченным объемом речевой продукции, обедненным содержанием речи, сокращением диапазона и интенсивности эмоций, ослабленной социальной интенцией и чувством цели, снижением интереса к увлечениям, а также сокращенным объемом повседневной активности. Таким образом, исследование проактивности представляет собой ценность для ранней диагностики психического заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, негативные симптомы, проактивность.

THE RELATIONSHIP OF NEGATIVE SYMPTOMS AND PROACTIVITY IN PATIENTS WITH THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

A.I. Erzin, E.Yu. Antokhin

The results of the study on proactivity, negative symptoms and social functioning in patients with schizophrenia are presented. It was found that in the early stages of the disease proactivity (as basic characteristics of a mentally stable person) is reduced along with the emergence and the growth of negative symptoms. The least developed components of proactive behavior in the examined patients were self-reflection, anticipation and decision-making autonomy. Pro-

activity components had negative relationship with the most negative symptoms. Proactivity index is negatively correlated with limited speech production, poor speech content, reduction of intensity of emotions, low level of social interest and sense of purpose, low interest in hobbies, and reduction in daily activity. Thus, the study of proactivity is valuable for early diagnosis of mental illness.

Key words: schizophrenia, negative symptoms, proactivity.

Ерзин Александр Игоревич – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: dr-wagner@mail.ru

Антохин Евгений Юрьевич – зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, к.м.н., доцент; e-mail: antioh73@yandex.ru