

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

На правах рукописи

Маричева Мария Александровна

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПРИСТУПОМ ЮНОШЕСКОГО ЭНДОГЕННОГО
ПСИХОЗА

Специальность: 14.01.06 –психиатрия (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата

медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук

В.Г. Каледа

Москва 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА 1. Обзор литературы.....	12
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования.....	37
ГЛАВА 3. Особенности отношения к болезни пациентов юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ.....	49
3.1. Общая характеристика субъективного отношения к болезни.....	49
3.2. Типология особенностей отношения к болезни юношей, перенесших первый психотический приступ.....	51
3.2.1. Нормозогнозический тип отношения к болезни.....	52
3.2.2. Гипозогнозический тип отношения к болезни.....	54
3.2.3. Гипернозогнозический тип отношения к болезни.....	61
3.2.4. Диснозогнозический тип отношения к болезни.....	67
ГЛАВА 4. Совладающее поведение больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эндогенный приступ.....	69
4.1. Характеристика совладающего поведения больных юношеского возраста.....	69
4.2. Особенности копинг-стратегий, выявленные при использовании методики Э. Хайма.....	72
4.3. Особенности копинг-стратегий, выявленные при использовании опросника Р. Лазаруса.....	79
ГЛАВА 5. Основные подходы и принципы проведения психосоциальных вмешательств в рамках комплексной терапии больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ.....	91
Заключение.....	112
Выводы.....	129
Список литературы.....	134
Приложение.....	163

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы исследования. В последние годы многочисленные работы посвящены проблемам комплексного подхода в лечении психотических больных, значимости психотерапевтического вмешательства в рамках реализации комбинированной терапии (Вид В.Д. [22]; Гурович И.Я. и соавт. [33]; Коцюбинский А.П. и соавт. [64]; Ястребов В.С. и соавт. [126]; Bellak А.С. [140]; Marshall М. [238]), а также оценке эффективности различных его форм (Антохин Е.Ю. [5]; Исаева Е.Р. [50]). Это в полной мере относится и к лечению больных, перенесших первый психотический эпизод (Мовина Л.Г. [97]; Шмуклер А.Б. [122]; Edwards J. [174]; Malla А.К. et al. [236]).

В современных исследованиях установлено, что адекватная терапия больных с первым приступом не только обеспечивает купирование психоза и повышает уровень постпсихотической реадaptации больных, но и определяет степень дальнейшей прогрессивности эндогенного процесса (Бабин С.М. [8]; Былим И.А. [17]; Воловик В.М. [21]; Гурович И.Я. [34]; Amminger G.R. [130]; Reading В. [264]). Рядом исследователей показано, что в этот период закладываются основы приспособительного поведения, во многом определяющие уровень последующей социальной адаптации больных и течение заболевания в целом (Коцюбинский А.П. [65]; Шлафер А.М. [118]; Brenner Н.Д. [147]; Fleischhacker С. [183]). Необходимость учета возрастного фактора при определении терапевтических стратегий при эндогенных психозах не раз подчеркивалась ранее многими авторами (Вроно М.Ш. [23]; Цуцульковская М.Я., Пантелеева Г.П. [114]; Fegert J.M. [178]; Haddock G. et al. [198]). Данный подход является ключевым и для юношеского возраста, на который приходится особо высокая частота манифестации эндогенных психозов (Шмаонова Л.М. и соавт. [120]; Rajji Т.К. [262]). Необходимость отдельного изучения больных, перенесших первый психотический эпизод в юношеском возрасте, определяется особенностями психобиологического

влияния пубертатного кризового периода (Барденштейн Л.М. [12]; Каледа В.Г. [54]; Омельченко М.А. [102]; Цуцуйковская М.Я. и соавт. [115]; Braw Y. [146]; Jarbin H. [205]).

В ряде современных работ подчеркивается наличие у больных юношеского возраста с эндогенными психозами статистически значимых отличий, касающихся особенностей когнитивных расстройств и личностного склада и, соответственно, закономерностей становления первой ремиссии (Каледа В.Г. и соавт. [52]; Сидорова М.А. и соавт. [108]; Fitzgerald D. [181]). По мнению исследователей, биологические, психологические и социальные возрастные характеристики определяют особенности проведения терапии у больных с психическими заболеваниями юношеского возраста (Каледа В.Г. [55]; Копейко Г.И., Олейчик И.В. [62]). В ряде работ приводятся данные об особой уязвимости пациентов юношеского возраста к самостигматизации, формированию осложнений социального характера, а также их склонности к низкому уровню комплаентности и выраженным затруднениям их последующей социальной реадaptации (Личко А.Е. [82]). Хотя многими исследователями показана высокая эффективность психосоциальных методов в отношении коррекции внутренней картины болезни, формирования устойчивой комплаентности (Володин Б.Ю. [22]; Голенищенко А.В. [26]; Bellack A.C. [140]; Fenton W.S. [179]), в настоящее время остается неизученным вопрос дифференцированного, клинически аргументированного использования психотерапевтического вмешательства в структуре комплексного лечения больных, перенесших первый психотический приступ в юношеском возрасте. Всё это определяет актуальность проведения специального исследования, направленного на изучение мишеней психосоциального вмешательства и разработке специальных комплексных реабилитационных программ, учитывающих особенности их субъективного отношения к болезни, характеристики совладающего поведения и клинико-психопатологическую структуру приступов.

Цель исследования: выявить особенности использования психосоциальных подходов в рамках комплексной терапии больных, перенесших первый психотический эпизод, с учетом специфики их субъективного отношения к болезни, характеристик их копинг-поведения, а также клинико-психопатологической структуры приступа.

Задачи исследования:

1. Определить специфические особенности субъективного отношения к болезни у пациентов юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ с учетом патопластического влияния пубертатного возраста.

2. Разработать типологию субъективного отношения к болезни с учетом требований дифференцированного подхода к назначению психосоциального вмешательства.

3. Исследовать особенности репертуара копинг-стратегий, используемых на этапе становления ремиссии больными юношеского возраста, перенесшими первый психотический приступ, и выявить их взаимосвязь с типом отношения к болезни.

4. Провести сравнительный анализ особенностей субъективного отношения к болезни и используемых копинг-стратегий при различных психопатологических типах первого приступа.

5. Определить основные принципы психосоциальной терапии, отвечающей специфическим требованиям комплексного лечения больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного психоза.

6. Разработать рекомендации к дифференцированному использованию методов психосоциальной терапии у больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного психоза.

Объект исследования: Юноши 16-25 лет, госпитализированные в психиатрический стационар в связи с первым приступом эндогенного психоза.

Предмет исследования: Особенности субъективного отношения к болезни и преимущественно используемых стратегий совладания у юношей 16-25 лет, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с первым приступом эндогенного психоза.

Общая гипотеза:

Задачи комплексной терапии больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, требуют адаптации применяемых методов психосоциального лечения с учетом возрастных особенностей и отличительных черт мишеней вмешательства у исследуемой группы больных.

Частные гипотезы:

1. Тактика проведения психосоциального вмешательства у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, определяется как психологическими и биологическими возрастными особенностями, так клинико-психопатологической характеристикой перенесенного приступа

2. Дифференцированный подход к назначению психосоциальных методов лечения реализуется посредством учета специфики основных мишеней вмешательства: особенностями отношения к болезни и характеристиками используемых больными копинг-стратегий.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: базовые положения о психо-социальных особенностях юношеского возраста (Кон И.С. [61], Эриксон Э. [123]); клиническо-психопатологических характеристиках, закономерностях течения и формирования ремиссий у больных юношеского возраста, перенесших эндогенный психотический приступ (Вроно М.Ш. [23], Личко А.Е. [82] и Цуцуйковская М.Я. [115]); современные представления о значимости своевременного психосоциального вмешательства для снижения риска неблагоприятного течения болезни и достижения наиболее полного социального восстановления (Воловик В.М. [21]); Краснов В.Н. [71]), а также факторах, определяемых в рамках

биопсихосоциальной модели болезни (Коцюбинский А.П. [69], [70]; Zubin J. [300]) в качестве предикторов низкого уровня постприступного функционирования и риска развития осложнений (Мелехов Д.Е. [92], Lysaker P. H. [232]), и целенаправленная коррекция которых обеспечивает уменьшение уязвимости больных и риска их социального снижения (Гурович И.Я. [32], Шмуклер А.Б. [122], Haddock G. [198]).

Методы исследования:

- клиническо-психопатологический;
- психодиагностический;
- статистический.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Больных, перенесших первый психотический приступ в юношеском возрасте, отличает гетерогенность в отношении субъективной оценки своего состояния, что позволило выделить четыре типа отношения к болезни: нормнозогностический, гипонозогностический, гипернозогностический, диснозогностический.

2. Профиль копинг-стратегий, используемых больными, характеризуется недостаточной адаптивностью и зависит от типа отношения к болезни.

3. Тип отношения к болезни и преимущественно используемые больными стратегии совладания определяются клинической структурой приступа и преморбидными личностными особенностями.

4. Психосоциальная работа в структуре комплексной терапии больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод должна проводиться с учетом типа субъективного отношения к болезни и профиля используемых ими копинг-стратегий.

5. Психосоциальное вмешательство должно быть поэтапным, проводиться с акцентом на групповые формы работы и включать дифференцированные, в зависимости от выявленного типа отношения к болезни, вмешательства.

Экспериментальные базы исследования:

ФГБУ "Научный центр психического здоровья" РАМН (директор - академик РАН А.С. Тиганов), отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАН А.С. Тиганов), группа психических расстройств юношеского возраста (руководитель – д.м.н. В.Г. Каледа).

Характеристика выборки пациентов

Материал исследования представлен данными изучения 89 больных мужского пола юношеского возраста, на этапе становления ремиссии после купирования острой психотической симптоматики в структуре первого приступа эндогенного психоза. Из них 10 больных перенесли приступ кататоно-бредовой структуры (I группа), 33 больных – галлюцинаторно-бредовой (II группа) и 46 – аффективно-бредовой структуры (III группа). По половому признаку группа изученных больных была мономорфной (все исследуемые мужского пола), что позволило исключить влияние гендерного фактора [Segarra R. et al., 2011; Scott K.M., 2011]. Критериями включения больных в исследование служили манифестация первого приступа в юношеском возрасте (16-25 лет) и начало заболевания в пределах подростково-юношеского возраста, соответствие клинической картины первого приступа критериям шизофрении (F.20.0) и шизоаффективного расстройства (F.25.0); критериями исключения - наличие сопутствующей психической (органическое психическое расстройство, алкоголизм, наркомания, умственная отсталость), соматической или неврологической патологии затрудняющей исследование.

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (клиническо-психопатологический, психодиагностический; статистический), соответствующих поставленным задачам.

Научная новизна: В ходе проведенного исследования впервые детально изучены особенности формирования субъективного отношения к болезни у

пациентов юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод, разработана его типология. Определены профили преимущественно используемых больными копинг-стратегий, а также установлены не освещавшиеся ранее в клинических публикациях корреляции указанных показателей с возрастными и клинико-психопатологическими особенностями пациентов, перенесших первый психотический приступ. Впервые на основе анализа параметров субъективного отношения к болезни и преимущественно используемых копинг-стратегий сформулированы основные принципы проведения психосоциального лечения и рекомендации по выбору стратегий вмешательства и последовательности их применения в рамках комплексной терапии изученной категории больных. Показана терапевтическая ценность выделенных параметров для выбора оптимальной тактики психосоциального вмешательства.

Теоретическая значимость исследования: В ходе работы была решена задача по выделению особенностей отношения к болезни и копинг-поведения больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, получены данные о клинических и патопсихологических факторах, участвующих в формировании реакции на болезнь и совладающего поведения пациентов. Разработана типология субъективного отношения к болезни, выявлены закономерности формирования совладающего поведения при различных типах отношения к болезни.

Практическая значимость исследования. Предложенная в работе типология субъективного отношения к болезни позволяет выявить группы пациентов с повышенным риском низкой комплаентности, неблагоприятного течения и исхода заболевания. Учет полученных данных позволяет оптимизировать комплексное лечение, включая методы психофармакотерапии и психосоциального вмешательства, что позволяет повысить уровень комплаентности больных, достичь ремиссии более высокого качества, а также минимизировать возможность низкоэффективного использования медицинских ресурсов. Таким образом,

полученные в ходе диссертационного исследования данные способствуют более результативному применению психосоциальных методов в комплексной терапии больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, на этапе становления ремиссии. Результаты исследования позволяют также проводить фокусированное вмешательство, с учетом текущих актуальных задач лечебного процесса.

Апробация результатов:

Результаты, полученные в ходе диссертационного исследования, докладывались и обсуждались на Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных» (Москва, 2006); Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья «Актуальные вопросы психопатологии и клиники психических заболеваний» (Кострома, сентябрь - октябрь 2010); ежегодной научной конференции молодых ученых, посвященной памяти А.В. Снежневского в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (Москва, 2011); Всероссийской школе молодых учёных в области психического здоровья (Суздаль, 2011).

Внедрение результатов исследования.

Основное содержание, результаты исследования и выводы получили отражение в 8 публикациях, из них 3 в изданиях, рецензируемых ВАК Минобрнауки РФ. Разработанные рекомендации по проведению психосоциальных вмешательств были внедрены в практическую работу следующих учреждений: в филиалы Психиатрической клинической больницы №1 им. П.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы «Психоневрологический диспансер №1», «Психоневрологический диспансер №23», в амбулаторное отделение интенсивного оказания психиатрической помощи подросткам при ГБУЗ Психиатрической клинической больнице № 15 города Москвы.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 189 страницах машинописного текста (основной текст 167 страниц, приложение 22 страницы) и состоит из

введения, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 300 наименований (из них отечественных – 126, иностранных – 174). Приведено 5 таблиц, 1 рисунок и 4 клинических наблюдения.

ГЛАВА 1

Обзор литературы

Первый психотический эпизод: комплексное лечение

Интерес исследователей к проблеме первого психотического эпизода не ослабевает в течение уже нескольких десятилетий. В 2008г. P.D. McGorry и соавт. опубликовали данные о более чем десятилетней деятельности Всемирной ассоциации первичных психозов, объединяющей около 3000 клиницистов и исследователей более чем из 60 разных стран. Ассоциацией проведено 6 тематических международных конференций, позволивших суммировать большой объем данных, полученных исследователями, а также опыт, накопленный клиническими специалистами, основанный на существовании в настоящее время сотен программ раннего вмешательства различной интенсивности и длительности.

Отдавая должное особой значимости периода становления ремиссии после первого перенесенного психотического эпизода как для прогноза дальнейшего клинического течения заболевания, так и для его функционального исхода, по всему миру создаются специализированные клиники и отделения, оказывающие помощь в рамках специально разработанных комплексных целевых программ лечения. Их объединяет общая цель - снижение риска неблагоприятного течения болезни (Гурович И.Я. [30]; Дороднова А.С. [37]; Коцюбинский А.П. [64]; Шмуклер А.Б. [122]; Bellack A.C.[140]; Edwards J.[174]; Pfammatter M. et al. [261]).

Первая подобная программа существует с 1986 г. На её базе в 1992 году в Австралии был создан центр EPPIC [Early Psychosis Prevention and Intervention Center] (McGorry P. et al. [240]). В последние десятилетия XX века клиники первого эпизода стали появляться и в России, сначала в Москве, на базе отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний клиники Научного центра психического здоровья РАМН, в 2000г. – в стационаре Московского НИИ психиатрии, а в 2005г. в

ПБ Оренбурга при поддержке Программы раннего лечения и предупреждения психоза (Калгари, Канада).

Теоретической предпосылкой развития клиник первого эпизода является концепция ранней фазы как критического периода развития болезни (Amminger G.O. [130]; Birchwood M. [142]). К так называемому критическому периоду относятся первые 2-5 лет после манифестного психотического эпизода, во время которого происходит стабилизация процесса, и формируются его последствия (Cavelti M. et al. [152]; Emsley R. [176]; Verma S. [293]).

Это обуславливает особую клинико-прогностическую и социально-реабилитационную значимость постприступного этапа первого перенесенного психотического эпизода, которому свойственны процессы становления основных компенсаторно-приспособительных структур. К ним относятся как формы эмоционального реагирования на манифестацию заболевания, варианты личного, субъективного отношения к перенесенному состоянию, особенности внутренней объяснительной модели болезни, так и дальнейший выбор направленности и содержания приспособительного поведения, диапазон вариаций которого колеблется в широких пределах от защитно-компенсаторного отказа от лечения до принятия роли хронического пациента (Коцюбинский А.П. [67]; Ястребов В.С. [125]; Kaleda V. [208]; Niendam T. et al. [253]; Rettenbacher M.A. [265]).

Исследователи, с одной стороны, сообщают об особой «разрушительной» роли раннего постприступного периода, когда у больных происходит осознание болезни, понимание своего изменившегося положения, ограничений, связанных с болезнью и необходимостью длительного лечения (Мелехов Д.Е. [92]; Malla A.K. [237]; Ventura J. et al. [192]). Выраженность проявлений эмоционального резонанса у пациентов некоторые авторы сравнивают с симптоматикой посттравматического стрессового расстройства (Jackson H. [206]; Mueser K.T. [251]).

С другой стороны, во многих работах подчеркивается обратимость возникших на данном этапе заболевания нарушений и максимальная результативность проводимых вмешательств, наибольшие возможности влияния превентивных мер как на клинический, так и на функциональный исход заболевания, чему должно способствовать возможно более раннее начало адекватной, фазо-специфичной патогенетически обоснованной терапии (Голенищенко А.В. [25]; Семенова Н.Д.[107]; Fitzgerald D. [181]; Malla A.et al. [236]).

Достижения современной психофармакологии позволяют по показаниям дифференцировано применять как типичные, так и атипичные нейролептики для купирования острого психотического состояния (Данилов Д.С. [36]; Краснов В.Н. [71]). В настоящее время существует широкий выбор препаратов для последующей поддерживающей терапии, обладающих «мягким» профилем побочных действий, и возможностью выбора наиболее удобных схем медикаментозного лечения. (Аведисова А.С. [3]; Бабин С.М. [9]; Барденштейн Л.М. [11]; Бурчинский С.Г. [15]; Anderson К.Н. [131]; Gonzalez J.M. et al. [192]; Leucht S. et al. [224]). Установлена также эффективность атипичных нейролептиков в отношении коррекции негативных расстройств и когнитивных нарушений (Любов Е.Б. [87]; Мосолов С.Н. [100]; Gallhofer B. et al. [188]; Krabbendam L. [217]).

На современном этапе атипичные нейролептики рассматриваются как препараты первой линии при терапии манифестных психозов и психотических состояниях юношеского возраста (Каледа В.Г. [56]; Davis J. [168]; Edwards N.C. [175]).

Вместе с тем, выздоровление ("recovery") больных с первым психотическим приступом включает, согласно критериям, разработанным D.G. Robinson и соавт. [268] не только клинические признаки симптоматической ремиссии, но и восстановление социального статуса (Аведисова А.С.[4]; Davidson L. [165]; Mueser К.Т. [249]). Исследователи отмечают, что достаточный уровень регресса продуктивной

психопатологической симптоматики не всегда коррелирует с функциональным выздоровлением больных (Гурович И.Я. [30]; Addington J. et al. [127]), а улучшения в социальном функционировании, по мнению ряда авторов, не могут происходить исключительно вследствие достижения контроля над психопатологической симптоматикой (Albert N. [129]; Corrigan P. [160]; McGorry P.D. [241]).

Таким образом, несмотря на достижения психофармакологического лечения, проблема социального восстановления больных стоит по-прежнему остро и нуждается, как показывают многочисленные исследования, в комплексном подходе к её решению (Былим И.А. [17]; Голенищенко А.В. [27]; Archie S. [133]; Nash G. [252]), так как именно нарушения социального функционирования признаются наиболее устойчивыми и инвалидизирующими осложнениями перенесенного психотического эпизода (Володин Б.Ю. [22]; Коцюбинский А.П. [65]; Kam S.M. [209]).

Эффективность ряда отдельных методик и комплексных программ в отношении снижения частоты госпитализаций, предупреждения неблагоприятного течения болезни, достижения в целом более высокого уровня постприступного социального и профессионального функционирования считается доказанной (Мовина Л.Г. [97]; Valencia M. [290]). Современные работы подтверждают значимость раннего включения психотерапевтических вмешательств в комплексную терапию постприступного периода, подчеркивая благоприятное влияние комбинированного подхода к лечению на снижение длительности острого периода болезни, вероятность её хронификации, а также возможности минимизации ущерба, причиненного болезненным процессом личности, и уменьшения вероятности осложнений (Malla A.K. [234]; McGorry P. et al. [240]). Так, в исследовании L.De Наап и соавт. [169] приведены данные о большей значимости задержки проведения психосоциальных воздействий, чем позднего начала медикаментозного лечения для уровня выраженности негативной симптоматики в постприступном периоде. В настоящее время

психосоциальные методы лечения продолжают интенсивно развиваться и совершенствоваться (Антохин Е.Ю. [5]; Зайцева Ю.С. [41]; Мневич Н.А. [95]; Мовина Л.Г. [92]; Dixon L.V. et al. [171]). Исследователи подчеркивают, что назначение психосоциального вмешательства должно быть дифференцированным и фазо-специфическим, с обязательным учетом возраста манифестации заболевания (Холмогорова А.Б. [112]; Haddock G. et al. [198]; Malla A. et al. [236]).

Особенно важным всё сказанное является для юношеского возраста, который охватывает период с 16 до 25 лет. На него приходится значительная частота (до 43%) манифестаций психотических приступов (Шмаонова Л.М. и соавт. [120]; Davidson M. et al. [166]; Segarra R. et al. [276]). Причем, наибольшей уязвимостью данный возрастной этап отмечен у лиц мужского пола (около 48 % у мужчин, и только 27 % - у женщин) (Cotton S. [161]; Scott K.M. [275]). Юношеский возраст является кризовым периодом, также как детский и старческий, что делает необходимым учет его психобиологических особенностей как при проведении психофармакотерапии (Тиганов А.С. [111]; Читая Н.Н. [117]; Fegert J.M. [178]; Molina V. [245]), так и при выборе стратегии психотерапевтического вмешательства (Скляр С.В. [110]; Birchwood M. et al. [142]; Haddock G. [198]).

Исследователи отмечают особую травматическую роль психоза, перенесенного в юношеском возрасте, а также повышенную уязвимость данной категории больных в отношении формирования осложнений, носящих социально-психологический характер (Личко А.Е. [82]; Цуцуйковская М.Я., Каледа В.Г. [115]). В отличие от заболевших в зрелом возрасте, юноши на момент манифеста не имеют ресурсов в виде приобретенной профессии, сложившегося круга общения, достаточного навыка использования проблемно-решающих стратегий.

Быстрая физиологическая и гормональная перестройка, которые ведут к изменению аффективного фона, потребностей, внешности, с одной стороны, и изменение требования социума, получение статуса «взрослого», с другой,

определяют напряженность механизмов приспособительного поведения и низкую толерантность юношей к фрустрационным нагрузкам (Кон И.С.[61]; Оршанская М.В. [103]; Compas В.Е. [158]; Dahl R.Е. [163]; Farrer L. [177]). Очевидно, что перенесенный психотический эпизод и его последствия вносят значительные искажения в развитие, самовосприятие молодого человека.

Как отмечают некоторые исследователи (Гордеева Т.О. [29]), деструктивное влияние патологического процесса усиливается временным совпадением со свойственным этому возрастному периоду кризисом формирования эгоидентичности, что препятствует становлению адекватного, целостного самовосприятия. Юноши находятся в процессе развития всех систем, обеспечивающих приспособление и социальную адаптацию на взрослом уровне. Этот процесс опосредован общением, ведущей деятельностью данного возрастного периода, и происходит с одновременным увеличением когнитивной и ролевой сложности межличностных взаимодействий (Ветрова И.И. [19]; Эриксон Э. [123]). Установлено, что последствия изоляции в этом возрасте значительно превышают значимость причин, её вызвавших (Кон И.С.[61]; Личко А.Е. [82]). Отстранение юношей от структур среды, которые являются полем процесса социализации для их сверстников, приводит к невозможности разрешения кризиса эгоидентичности, усугублению задержки и искажений в формировании социальной компетентности, происходящих в норме посредством ассимиляции обратной связи, «подтверждения собственной ценности», получаемой от сверстников (Sullivan G.S. [283]). Процессы самостигматизации у больных юношеского возраста отличаются интенсивностью и стойкостью. Доказано, что данная категория больных наиболее подвержена феномену «поглощения болезнью», когда самосознание всё больше концентрируется вокруг болезни (Гонжал О.А. [28]; Ястребов В.С., Михайлова И.И. [125]; Davadson M. [166]).

Сообщается о тенденции к серийному течению заболевания в юношеском возрасте, в период в 5-7 лет после манифестации заболевания (Каледа В.Г.

[55]). Некоторые исследователи называют данный промежуток времени после первого приступа «критическим» (Bosveld-van Haandel L.J.M. et al., [143]). Установлено, что в первые два года после первого перенесенного психотического эпизода риск обострений составляет 40-60%, при этом каждое следующее обострение увеличивает вероятность развития терапевтической резистентности и социального снижения (Ascher-Svanum H. [134]; Edwards N.S. [175]; Misdrahi D. et al. [244]; Uçok A. [288]). Особую значимость для профилактики обострений имеет регулярность приема поддерживающей терапии, а несоблюдение лекарственного режима является одной из наиболее частых причин рецидивов и повторных госпитализаций в психиатрический стационар, что ухудшает долгосрочный прогноз и отрицательно сказывается на исходах заболевания (Аведисова А.С. [2]; Незнанов Н.Г. [101]; Омельченко М.А. [102]; Norman R. et al. [254]). По данным D. Robinson и соавт. [267] в течение 5-ти лет после первого психотического приступа прекращение антипсихотического лечения увеличивает риск рецидивов в пять раз, при этом автор сообщает о повторных приступах после первых пяти лет у 81,9% больных.

С учетом значимости начального этапа заболевания для вторичной профилактики заболевания проблема приверженности рекомендованному лечению у больных, перенесших первый психотический приступ, стоит наиболее остро (Дороднова А.С. [37]; Морозова М.А. и соавт. [99]; De Naan L. [169]; Perkins D. [260]), а юношеский возраст и мужской пол ряд авторов считают предикторами низкого уровня комплаенса (Cotton S. [161]; Haddock G. et al. [198]; Kampman O. [210]).

Несформированность у пациентов осознания болезненной природы перенесенного психотического эпизода и отсутствие терапевтического альянса в условиях необходимости продолжительного приема психофармакологических препаратов определяются исследователями как важнейшие предикторы недостаточной комплаентности и основной фактор риска повторного приступа (Ascher-Svanum H. [135]; Drake R. et al. [173]).

Нарушение осознания психической болезни выделяется в качестве патогномоничного дифференцирующего признака, отличающего шизофрению от других психических расстройств (Bell M. [139]; Osatuke K. [256]). По данным эпидемиологических исследований от 30% до 97% пациентов с шизофренией не осознают собственной болезни, что неблагоприятно для прогноза течения болезни, затрудняет лечение пациентов и ограничивает возможности их социальной реабилитации (Каменков К.А. [58]; Морозов П.В. [98]; Lysaker P.H. et al. [230]; Olfson M. [255]).

Наряду с распространенным представлением о не критичности к психопатологическим переживаниям, как к облигатному признаку первого психотического приступа, исследователи сообщают также о широком спектре факторов, участвующих в становлении осознания психической болезни (нейробиологические, социо-культуральные, личностные и др.) (Крупченко Д.А. [74]; Bukley P.F. [149]; Fleischhacker W. [182]). Кроме того, выявлена зависимость полноты критического отношения от этапа заболевания, длительности инициального периода, ведущей психопатологической симптоматики на момент становления ремиссии и специфики нейрокогнитивных расстройств (Критская В.Г. [72]; Campos M.S. [151]; Cervellione K.L. [154]).

Необходимо отметить, что не выявлена связь уровня комплаентности с более благоприятным профилем побочных эффектов современной нейрорептической терапии (Росса Р. [269]). Так, Банщиков Ф.Р. [10] сообщает об отсутствии зависимости уровня комплаентности от выраженности побочных действий. КаоУ.С. [211] также показывает отсутствие корреляции между достаточно хорошей переносимостью и простотой схемы приема лекарств с высоким уровнем комплаентности. По некоторым данным на этапе купирования острой симптоматики более высокие дозировки нейрорептиков и, соответственно, большая выраженность побочных эффектов могут сопровождаться достаточным уровнем комплаентности (Лютова Н.Б. [86]; Мосолов С.Н. [100]). Было установлено,

что когнитивные расстройства больных, перенесших психотическое состояние, являются более существенным предиктором низкого уровня комплаентности, чем клиническая характеристика психопатологической симптоматики (Davis L.W. et al. [167]; Glahn D.C. [191]; Tattan T. [284]; Rund V.R. et al. [274]). В тоже время исследователи отмечают существенное влияние на становление комплаентности группы факторов, определяемых личностными характеристиками больного, такими, как паттерны эмоционального реагирования, копинг-стратегии, особенности внутренней картины болезни (Lacro J. [201]; Vaillant G. [289]).

Низкую приверженность лечению психотических больных детерминируют отсутствие критического отношения, а также наличие у них искаженной модели объяснения своего состояния (Былим И.А. [16]; Иржевская В.П. [47]; Ernst M.E. [176]). Robinson D.G. [267] среди факторов, влекущих за собой отказ от медикаментозного лечения, отмечает неадекватные представления больных о психофармакотерапии (страх перед формированием зависимости от лекарств, перед якобы вызываемыми ими изменениями личности больного), а также стигматизацию фактом лечения, основанную на иррациональном убеждении о том, что прием лекарств, тем более длительный, свидетельствует о наличии тяжелого психического расстройства.

Несмотря на то, что наличие критического отношения к своему состоянию рассматривается и как показатель позитивной динамики, и как благоприятный прогностический признак и критерий выздоровления, в последнее время появляется всё больше сообщений о неоднозначности его влияния на актуальное состояние больного и отдаленные последствия перенесенного приступа. Так, Corrigan P.W. [159] сообщает об усилении пассивности больных в связи с полным принятием роли психически больного. Опубликованы данные об усугублении симптоматики депрессивного регистра и росте риска суицидов (Lopez-Morinigo J.D. [228]; Staring A.B. [280]) и ряд исследователей рассматривает отрицание

заболевания как производное от функций защитных механизмов психики (Subotnik K.L. et al. [282]). Указанные авторы считают, что осознание факта болезни негативно отражается на эмоциональном состоянии заболевшего, снижает самооценку, изменяет его самовосприятие, поведение, взаимоотношения с окружающими, вносит коррективы в планы на будущее.

Campos M.S. [151] отмечает, что чем меньше дезорганизована личность патологическим процессом, тем весомее её участие в формировании внутренней картины болезни, субъективного восприятия своего заболевания, и тем более выражен эмоциональный резонанс в ответ на манифестацию болезни. Это определяет значительное влияние личностных характеристик на уровень комплаентности, способность справляться с симптомами, а также на характер усилий больного, направленных на облегчение симптомов или контроль декомпенсации (Кекелидзе З.И. [59]; Цыганков Б.Д. [116]; Kates W.R. [212]; Keshavan M.S. [214]).

Здесь необходимо уточнить, что принятый в традициях отечественной психиатрии термин «критика» к заболеванию, чаще всего подразумевает способность больного к критическому отношению к своим психопатологическим переживаниям. Оценка этого показателя производится по параметрам полноты и формальности, отмечается его зависимость от этапа заболевания, степени выраженности когнитивных расстройств.

На современном этапе именно личностные характеристики рассматриваются исследователями в качестве наиболее перспективных мишеней психотерапевтических вмешательств, направленных на формирование адекватного отношения к болезни и необходимости лечения (Будза В.Г. [14]; Вид В.Д. [20]). Обеспечение дифференцированного, отвечающего задачам каждого периода болезни, выбора стратегий психотерапевтического вмешательства требует более детального подхода к пониманию в достаточной степени многомерного феномена «осознания болезни». Такой подход характерен для используемого зарубежными

авторами термина «инсайт». Он включает помимо оценки осознания больным наличия у него психической болезни и её адекватной модели, такие аспекты, как понимание необходимости лечения, эффектов медикаментозной терапии, социальных последствий болезни, способность к распознаванию отдельных психопатологических симптомов и правильной их атрибуции (Иржевская И.П. [47]; Ritsher J.B. [266]). Таким образом, инсайт отражает соотношение субъективной и объективной реальностей, а его психометрическая оценка предполагает показатели низкого, частичного и полного инсайта по каждому из упомянутых аспектов (Mintz A.R. et al. [243]). Кроме того, закрепилось представление о связи инсайта с проявлениями комплаентного поведения, то есть инсайт как поведение стал отождествляться со следованием назначенному курсу лечения, регулярным приёмом лекарств, отсутствием несовместимого с болезнью поведения (алкоголизация, нарушение режима и т.п.) (Морозова М.А. и соавт.[99]; Gray R. [196]). В исследовании Д.А. Крупченко [73] показано, что различные аспекты инсайта имеют разное клиническое значение. Например, была установлена максимальная связь между выраженностью депрессивной симптоматики с такими аспектами инсайта как «Осознание наличия психического расстройства» и «Осознание негативных последствий психического расстройства».

Отмечается близость понятия «инсайт» введённому Р.Л. Лурия в 1977 году термину «внутренняя картина болезни», который описывает возникающий у больного целостный образ своего заболевания, включая его субъективное переживание [84]. Степень полноты внутренней картины болезни и её правильность не оцениваются, однако она отражает качественные характеристики типа внутренней картины болезни и степень её адаптивности. Термин «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным, позволяющим дифференцированно оценивать четыре уровня: чувственный (комплекс болезненных ощущений), эмоциональный (переживание заболевания и его последствий),

интеллектуальный (знания о болезни и ее реальная оценка), мотивационный (выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление).

Категория «отношение к болезни» базируется на концепции отношений личности В.Н. Мясищева (1972), который рассматривал внутреннюю картину болезни как результат адаптации личности к изменениям, возникшим в связи с болезнью. Основываясь на этой концепции Л.Л. Рохлин (1974) в зависимости от особенностей личности больного выделял пять типов отношения к болезни: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический. Н.И. Рейнвальд (1969) предлагал классификацию уровней активности личности в зависимости от ее направленности на противодействие заболеванию или его усугублению. Варианты отношения к болезни подразделялись им на активно-положительное, спокойно-выжидательное, активное противодействие развивающемуся недугу, пассивно-страдательное, «уход в болезнь», отрицание наличия заболевания.

Подробная классификация вариантов отношения к болезни, в рамках которой наиболее полно анализируется понятие внутренней картины болезни, принадлежит А.Е. Личко [80]. Эти варианты строятся на знании болезни, ее осознании личностью, понимании роли и влияния болезни на дальнейшее социальное и профессиональное функционирование, а также на эмоциональных и поведенческих реакциях, связанных с болезнью. Их оценка проводится с использованием широко распространенной методики психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ). Типология включает 12 вариантов (гармоничный, стенический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, истероидный, паранойяльный и дисфорический), которые наиболее часто с небольшими вариациями встречаются в исследованиях отечественных авторов (Вассерман Л.И. и соавт. [18]).

В работах, посвященных изучению особенностей отношения к болезни, освещается вопрос взаимосвязи вида отражения болезни с типом течения шизофрении, числом предыдущих госпитализаций, клиническим вариантом ремиссии и степенью выраженности негативных расстройств (Мальшева Н.В. [89]; Malla A.K. [235]). При этом отмечается, что на этапе становления ремиссии после первого психотического приступа значительно чаще встречаются «обостренные» варианты отражения болезни, а больным на ранних этапах заболевания свойственна высокая частота встречаемости «сензитивного» восприятия заболевания.

К исследованиям, касающимся специфики восприятия своего состояния, относится большое число работ, посвященных вопросам самостигматизации (Ястребов В.С. [125]; Davidson M. [160]). Установлено, что совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного детерминируют изменение идентичности больного, а осознание им своей несостоятельности в определенных сферах жизни, определяет актуализацию защитных и компенсаторных механизмов личности (Rusch N. [272]). К таким механизмам относятся оправдание своей несостоятельности болезнью или предвзятым отношением окружающих, подчеркивание своей принадлежности к психически здоровым с игнорированием проявлений собственной несостоятельности, утрированное «принятие роли больного» с поиском вторичных выгод в связи со своим состоянием (Гонжал О.А. [28]). Коррекция самостигматизации осуществляется посредством психотерапевтической работы, направленной на развитие или навыков адаптивного копинг-поведения.

Учет всех вышеперечисленных факторов позволяет более дифференцированно подходить как к выбору и модификации психотерапевтических стратегий, так и созданию отдельных модулей целенаправленных вмешательств, применяемых для коррекции отношения к болезни, самостигматизации и, опосредованно, уровня комплаентности (Михайлова И.И. [94]; Ястребов В.С. [124]; Cavelti M. [153]).

Возможность коррекции представлений пациента о его болезни определяется стратегиями их поведения в ситуации болезни (illness behavior), выражающихся в комплаенсе (compliance), адекватности «модели выздоровления», копинге (coping) - когнитивных и поведенческих усилиях личности, направленных на изменение стрессовой ситуации или снижение стрессогенности события (Зуйкова Н.В. [44]; Иванов П.А. [45]; Frydenberg E. [186]; Wright J. [294]).

Современными исследованиями установлено, что сознательные усилия больных, направленные на устранение или уменьшение влияния стресса (копинг-стратегии), являются важным фактором, влияющим на дальнейшее течение заболевания, уровень социальной и профессиональной адаптации больных и предотвращение рецидивов (Гурович И.Я. и соавт. [35]; Сирота Н.А. [103]; Haller C. et al. [199]; Robinson D.G. [268]).

Подобное поведение может быть как адекватным, способствующим выздоровлению или адаптации пациента к болезненным проявлениям, так и неадекватным, дезадаптирующим, проявляющимся в отказе от лечения, недоверии врачу, склонности к самолечению, самостоятельному изменению дозировки лекарств, нарушениях лечебного режима, обращении к нетрадиционным методам лечения далеким от научной медицины (Аведисова А.С. [1]; Антохин Е.Ю. [6]; Коцюбинский А.П. [66]; Brown S.P. [148]).

Установлено, что выбор копинг-поведения осуществляется на основе когнитивной оценки трудностей, которая проходит в два этапа. Сначала оцениваются такие субъективные параметры, как масштаб угрозы, сроки принятия решения, подконтрольность и предсказуемость последствий и т.п.; на втором этапе происходит оценка собственных ресурсов: знаний, наличия опыта эффективного поведения в схожих ситуациях, уверенности в своих силах. На основе произведенной оценки осуществляется выбор поведенческой стратегии и актуализация процессов регуляции поведения (Кузнецова С.Л. [77]; Lazarus R.S. [221]).

Исследователи отмечают как трудности когнитивного оценивания фрустрирующих ситуаций психотическими больными (такие как склонность к «катастрофизации» событий), так и низкую частоту использования адаптивных поведенческих копинг-стратегий (Антохин Е.Ю. [6]; Зуйкова Н.В. [44]; Исаева Е.Р. [51]; Cheng C. [156]; Macdonald E.M. [233]).

Известная преморбидная уязвимость психотических больных к стрессу, а также особое значение стрессоустойчивости, как предиктора частоты последующих обострений, делают копинг-стратегии одной из основных мишеней психотерапевтического вмешательства на этапе становления ремиссии (Гаврилова Е.К. и соавт. [24]; Приймак М.А [88]; Anders K. et al. [132]; Preston N.J. [262]).

Как отмечают некоторые авторы (Ветрова И.И. [19]), с одной стороны, подростково-юношеский возраст характеризуется недостаточной сформированностью репертуара используемых копинг-стратегий, частотой возвращения к более ранним/детским формам копинг-поведения, при этом отдельные копинг-стратегии, такие как «проблемный анализ» и «планирование решения проблемы», находятся в стадии становления. Представления юношей о собственных возможностях, необходимые для когнитивной оценки степени угрозы стрессовой ситуации, также находятся на этапе формирования (Frydenberg E. [187]). Некоторые копинги претерпевают значительные изменения: например, происходит снижение частоты обращения за помощью к близким, детерминированное потребностью в независимости и компенсируемое в норме ростом числа обращений за поддержкой к сверстникам релевантной группы (Кон И.С. [61]).

С другой стороны (Оршанская М.В. [103]), этому возрастному периоду свойственны высокая напряженность адаптационных ресурсов и высокий уровень психоэмоционального напряжения. Это обусловлено изменением социальных требований, необходимостью освоения новых социальных ролей, увеличением когнитивной сложности восприятия межличностных

взаимодействий и требованием более точного учета социального контекста коммуникаций, а также ослаблением связи с семьей.

Существуют и гендерные различия в использовании копинг-стратегий: юношей отличает склонность к повышенному контролю проявления эмоций, что ограничивает возможности отреагирования (двигательной и речевой активности, направленной на снижение уровня психо-эмоционального напряжения) (Битюцкая Е.В. [13] Жуйкина Е.В. [39]).

Результаты исследования юношей, успешно адаптирующихся к требованиям социальной среды, показали, что наиболее часто ими используется стратегия «разрешение проблемы» (45% от общей структуры базисных стратегий копинг-поведения), а также стратегия «поиска социальной поддержки» (36%) (Сирота Н.А. [109]). Анализ данных этого исследования также показал, что социально-адаптированные подростки ориентированы на успех в преодолении сложностей и демонстрируют готовность как к осознанию проблемы, так и личной ответственности в её решении, также им свойственны способность к конструктивному взаимодействию с социальной средой и уверенность в достаточности личных и средовых ресурсов. В этой группе исследуемых подростков в наименьшей мере встречалась и использовалась копинг-стратегия «избегание» (19%).

Немаловажной характеристикой эффективности копинг-поведения являются разнообразие, частота и гибкость их применения (Вассерман Л.И. и соавт. [18]; Рассказова Е.И. и соавт. [104]; Lazarus R.S. [222]).

Необходимо отметить, что процесс формирования навыков когнитивной оценки стрессовой ситуации и планирования решения проблемы, характерный для юношеского возраста, искажается на фоне нейрокогнитивного дефицита, выявляемого у больных, перенесших психотический приступ (Сидорова М.А. и соавт. [108]; Gopal Y.V. et al. [193]). Особое значение исследователи придают "дефициту" памяти, внимания, скорости обработки информации, способности к абстрагированию и исполнительных функций (Мелешко Т.К. [93]).

В свете детерминированности силы стрессовой реакции когнитивной оценкой ситуации индивидом, интерес представляют работы, посвященные изучению структуры нейрокогнитивного дефицита, характерного для психотических больных (Каледа В.Г. и соавт. [51]; Zanelli J. et al. [298]). Установлено, что неэффективность когнитивной оценки и реализации проблемно-решающего поведения опосредованы рядом факторов (Monteiro L.C. [246]). В частности, к ним относятся неспособность удерживать краткосрочный информационный материал вследствие низкой сопротивляемости к снижению интенции внимания, отсутствием дифференциации между полезной и несущественной информацией, ошибки в установлении связи между отдельными элементами информации, разграничении конкретного и абстрактного, правильной атрибуции собственной роли в происходящем и своей ответственности, неправомерные обобщения (использование логически неоправданных параллелей для объяснения событий) (Лебедева И.С. [79]; Рычкова О.В. [105]; Сидорова М.А. и соавт. [108]; Zappia S. [299]). Низкая способность больных к адекватной оценке степени потенциальной угрозы стрессовой ситуации и своих возможностей по совладанию с ней обуславливают выбор неадекватных вариантов реагирования (Антохин Е.Ю. и соавт. [7]; Исаева Е.Р. [49]; Veltro F. [291]).

Отдельного внимания заслуживают исследования структуры нарушений социальной перцепции: затруднения в оценке невербальных характеристик общения и речевой экспрессии, непонимание логики ситуации общения, неумение предвидеть развитие и последствия межличностной ситуации, неспособность к прогнозированию оценки своего поведения окружающими (Холмогорова А.Б. и соавт. [113]; Cramer P. [162]; Morrison A.K. [247]).

Дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод, детерминирует дисфункциональный, ориентированный на избегание неудач, защитно-совладающий стиль поведения больных, что, в свою очередь,

приводит к значительному снижению их способности эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями, а также к нарушению психологической адаптации в целом (Lazarus R.S. [223]; Lysaker P. H. et al. [231]; Martins J. [239]; Seiffge-Krenke I. [277]).

Основные психотерапевтические подходы и содержание психосоциальной терапии при первых психотических эпизодах

Современные подходы к организации помощи больным шизофренией предполагает использование комбинированного (интегративного) подхода, сочетающего биологические и психосоциальные вмешательства (Каледа В.Г. [56]; Краснов В.Н. [71]; Corrigan P. [160]). Психотерапевтические интервенции у больных шизофренией имеют более чем 60-летнюю историю, за это время накоплено достаточное количество данных, свидетельствующих об эффективности широкого спектра психосоциальных вмешательств (Гурович И.Я. [33]; Gaudio V.A. [189]; Pfammatter M. et al. [261]). Многочисленные исследования доказывают, что комплексный подход позволяет сократить число обострений, количество повторных госпитализаций, снизить выраженность негативной симптоматики, улучшить когнитивные способности и социальные навыки пациентов, то есть повлиять на функциональный исход заболевания (Кузнецова С. Л. [78]; Liberman R.P. [226]; Thompson K.N. [285]).

Психосоциальные воздействия определяются как совокупность вмешательств, направленных на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности больного, а также приобретение навыков, знаний, умений взаимодействовать и решать проблемы, что делает возможным его усилия для достижения более полного или равного с другими положения в обществе (Гурович И.Я. [35]). В отечественной психиатрии традиционно подчеркивалась важная, если не решающая роль активного участия самого пациента в процессе реабилитации (Гейер Т.А. 1933; Мелехов Д.Е. 1963, 1981), однако методы

психосоциального воздействия тогда носили косвенный, опосредованный характер. В настоящее время это многочисленные методики, включающие групповые и индивидуальные формы работы, основанные на различных программах (модулях), ориентированные на конкретные потребности пациентов. Среди них: когнитивно-поведенческая терапия, психообразовательные программы, комплаенс-вмешательство, тренинги проблемно-ориентированного поведения, когнитивных и коммуникативных навыков, навыков совладания с резидуальными психотическими симптомами (Jackson H. [207]; Roder V. [270]). Специфика психотических расстройств, как отмечают некоторые исследователи, делает затруднительным выполнение задач терапии в рамках лишь одного подхода, поэтому все больше растет удельный вес использования многоступенчатых интегративных моделей, построенных на методах классических подходов, и позволяющих учесть их слабые и сильные стороны (Клипинина Н.В. [60]; Morrison A. [247]). На современном этапе использования психосоциальной терапии, выделены основные ее принципы:

- максимально раннее начало по отношению к появлению первых признаков заболевания;
- дифференцированность, направленность на достижение конкретных целей, структурированность и ограниченность во времени;
- последовательность с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетенции;
- этапность и закрепление путем неоднократных повторений (Гурович И.Я. [31]; Холмогорова А.Б. [113]; Penn D.L. [259]).

По мнению И.Я. Гурович (2008), выбирая модель работы, специалист основывает свое решение на анализе клинического состояния пациента, имеющихся ресурсах и нарушениях, а также на актуальных задачах терапии. В соответствии со стандартами оказания помощи больным шизофренией, предпочтительным является использование психообразовательного подхода с элементами проблемно-разрешающей техники и тренинга социальных

навыков (Краснов В.Н. и соавт. [71]; Мневич Н.А. [89]; Шмидт С.П. [121]; Rathod S. [263]).

Образование больных берет истоки из клиники внутренних болезней, где специалисты стали проводить просвещающие программы для больных хроническими соматическими заболеваниями (сахарным диабетом, онкологии, ИБС, БА и др.). В 1977 году в Амстердаме был проведен первый международный конгресс по проблеме образования больных, а в 1978 году был основан журнал «Patient Education and Counseling». Спустя некоторое время использование образовательных программ распространилось и в психиатрии. В 1985 году Е.Е. Bartlett сформулировал определение, согласно которому образование пациентов - это «осуществляемый поэтапно процесс обучения с использованием следующих методов: преподавание, консультирование, техники модификации поведения, который позволяет обеспечить пациентов необходимыми знаниями и оказать влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья».

Психообразование преследует две основные цели – достижение адекватного понимания болезни необходимого лечения пациентом, коррекция поведения с вовлечением больного в процесс активного участия в процессе восстановления (Мовина Л.Г. [96]; Rathod S. [264]). Данный вид вмешательства имеет строго определенную последовательность ступеней (от формулировки и понимания проблемы к тренингу навыков) и обязательно включает несколько модулей (Roe D. [271]; Xia J. [296]).

Начальный, диагностический этап включает в себя анализ имеющейся объяснительной модели болезни у пациента, поощрение принятия факта психического заболевания без обвинения себя или других. Дальнейшая работа ведется на рациональном уровне и дает возможность больным получить информацию о болезни. В обсуждение включаются следующие темы: причины заболевания, значение неблагоприятных социальных воздействий и биологической предрасположенности, проявления психических заболеваний, медикаментозная терапия (основные и побочные

действия препаратов, время наступления эффекта терапии, длительность лечения, опасность самостоятельной отмены, необходимость обсуждать с врачом влияние медикаментозного лечения), основные причины рецидивов и способы снижения риска эскалаций. На этом этапе проводится коррекция ожидаемых результатов и сроков лечения, представлений об ограничениях, накладываемых проявлениями болезни, а также обучение управлению медикаментозной терапией, распознаванию признаков обострения (Еричев А.Н. [38]).

Реализация работы на поведенческом, волевом уровне заключается в составлении программы мероприятий, направленных на совладание с болезнью, коррекции ожиданий в сторону большей реалистичности, проводятся консультации по вопросам структурирования времени, допустимых нагрузок, поощряется ведение дневника, в котором отражается динамика состояния. Больные получают информацию о ресурсах сообщества, организациях, специализирующихся на оказании помощи на постгоспитальном этапе.

Некоторые программы психообразовательного вмешательства включают в себя основанные на когнитивно-поведенческих методиках тренинги проблемно-ориентированного поведения, обучения эффективным стратегиям решения межличностных проблем (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов её решения и конкретных задач, способов решения этих задач), тренинг коммуникативных навыков, а также работу с эмоциональной составляющей - аффектами страха, безнадежности, беспомощности, обиды и гнева, восстановление надежды на благоприятный исход болезни, обучение навыкам совладания со стрессом, регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу (Закс Д.Б. [42]; Холмогорова А.Б. [112]; Chadwick P. [155]; Hardie E. [200]).

Частным вариантом психообразовательного вмешательства, используемого у больных с низким уровнем приверженности лечению,

является комплаенс-терапия. Основой подхода стало мотивирующее интервью, широко известное в медицинской практике, модифицированное для работы с психическими больными посредством увеличения числа сессий и включения модуля когнитивной оценки симптомов болезни, относящихся к комплаенсу (Шлафер А.М. [119]; Byerly M. [150]).

В соответствии с разработанными методиками (Лютова Н.Б. [85]; O'Donnell C. [257]), на первом этапе комплаенс-терапии больной дает описание истории заболевания и концептуализацию проблемы фактического отказа от лечения. При этом исследуется осознание болезни, ее объяснительная модель, существующая у пациента, а также их влияние на непосредственное поведение, относящееся к лечению. На втором этапе обсуждаются более специфические вопросы, связанные с симптомами и эффектами от лечения. Исследуется всегда двойственное отношение больного к проводимому лечению, выявляются несоответствие его действий, поведения адаптивной части его убеждений.

На третьем этапе исследуется дезадаптивная часть убеждений больного относительно нежелательности приема препаратов и обосновывается их недостоверность, зависимость от стереотипов мышления окружающих, стигматизирующие эффекты (Будза В.Г. [14]; Gottdierner W.H. [194]).

Оба подхода - и психообразовательный, и комплаенс-терапия во много основаны на техниках когнитивно-поведенческого направления терапии.

В настоящее время представляется возможным выделить три блока когнитивно-поведенческих подходов.

1. Методы, более близкие классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения, использующие техники систематической десенситизации, конфронтации с пугающим стимулом, парадоксальную интенцию, положительного и отрицательного подкрепления, моделирования поведения, то есть научения на основе наблюдения за поведением модели (Beck A.T. [138]; Granholm E. [195]). В психотерапии

шизофрении эти техники широко используются в проведении тренингов социальных навыков (Кузнецова С.Л. [76]; Wykes T. [295]).

2. Методы, основанные преимущественно на теории информации, использующие принципы поэтапного построения внутренних когнитивных моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе (Холмогорова А.Б. [113]; Brabban A. [145]). Сюда относятся различные техники решения проблем (problem-solving therapies) (Dickerson F.B. [170]; Shean G.D. [278]) и техники формирования совладающих навыков (coping skills therapies) (Lynch D. [229]), которые успешно применяются в клинической практике при психотерапевтическом вмешательстве у больных, перенесших психотический приступ, в качестве обязательных модулей психообразовательной программы. Эти техники направлены на увеличение способности больных справляться со стрессом, то есть, на один из основных факторов, влияющих на частоту обострений (Fenton W.S. [180]; Hodel B. [202]).

3. Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации, а также принципов реконструкции так называемых дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии. Это, прежде всего, рационально-эмотивная психотерапия Альберта Эллиса и когнитивная психотерапия Арона Бека (Kingdon D.S. [215]). Сюда же можно отнести подходы В. Гвидано [190] и Г. Лиотти (1988), а также М. Махони (Machoney M., 1993). Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы, используя техники первых двух блоков, ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые, по мнению авторов, являются источником неадекватного болезненного поведения (Horan W.P. [204]; Rector N. [265]). В психотерапии шизофрении данные методы используются и как самостоятельный подход, и в рамках психообразовательных программ (Muesser K.T. [250]; Startup M. [281]).

В настоящее время становится всё более часто применяемым тренинг когнитивных навыков. Несмотря на схожие названия, в отличие от когнитивно-поведенческой терапии его теоретической подоплекой служит теория «когнитивного дефицита» и многочисленные исследования, подтверждающие связь нарушения когнитивных функций с уровнем адаптации психотических больных (Corrigan P. [160]; MchabF. [242]). Связь опосредована необходимостью как можно более точной когнитивной оценки ситуации для выбора оптимального поведения.

Классический когнитивный тренинг представляет собой коррекцию нарушенной или восстановление утраченной познавательной функции и адресован к специфическим процессам, таким как память, внимание или мышление (Гурович И.Я., Семенова Н.Д. [33]; Hogarty G.E. [203]; Twamley E.W. [287]). В исследованиях указывается на достоверные улучшения в процессе когнитивного тренинга следующих функций: кратковременной памяти (Glahn D.C. [191]; Kurtz M.M. [219]), произвольной регуляции (Bauer S. [137]; Penn D.L. [258]), абстрактного мышления (Green M.F. [197]), внимания (Silverstein S.M. et al. [279]) и др..

К более усовершенствованным методам, направленным на прямую коррекцию когнитивного дефицита, сопровождающего клинические симптомы и ухудшающего социальное функционирование, относится когнитивное коррекционное обучение (cognitive remediation) (Fruech B.C. [185]). В программу тренинга входят упражнения на тренировку познавательной гибкости (способность переключаться с одной задачи на другую, тренируемая, например, с помощью различных корректурных проб), рабочей и оперативной памяти (удержание одной задачи при выполнении другой, что может быть достигнуто путем запоминания набора символов и, выстраивания их затем в определенной последовательности) (Kurtz M.M. [218]), а также на формирование навыка планомерного выполнения повседневных дел, чему содействует выполнение задач на предвиденье

изменений стимула по предварительно усвоенному материалу (Badcock J.S. et al. [136]; Liberman R.P. [227]).

К когнитивной реабилитации относится также интегративная психосоциальная терапия (Integrated Psychological Therapies), которая интегрирует обучение нейрокогнитивной дифференциации и социальное восприятие (Лоскутова В.А. [83]; Рычкова О.В. [106]; Combs D.R. [157]; Kopelowicz A. [216]; Valencia M. [290]).

Необходимо отметить, что существуют интегративные модели психотерапевтического вмешательства, ориентированные на потребности больных, перенесших первый психотический эпизод, например, COPE (Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis). Основные принципы программы - раннее начало интервенций, актуализация личной активной и ответственной позиции больного и учет отражения в болезни возрастной фазы манифеста (David R. [164]; Lewis S. [225]).

В заключение следует отметить, что проблема первого психотического эпизода на сегодняшний день активно разрабатывается, о чем свидетельствует большое количество публикаций. Выделены эффективные методы лечения и профилактики дальнейшего неблагоприятного течения заболевания и его последствий. Однако, как следует из анализа литературы, большинство работ посвящено изучению эффективности отдельных методов, и остается недостаточно разработанным вопрос о дифференцированных организационных и терапевтических подходах к ведению больных с учетом возрастных особенностей и в зависимости от клинико-психопатологических особенностей первого психотического приступа, а также субъективного восприятия болезни и стиля совладающего поведения.

ГЛАВА 2

ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук (директор – академик РАН, проф. А.С. Тиганов), в группе по изучению психических расстройств юношеского возраста (руководитель – д.м.н. В.Г.Каледа) отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов).

Материал исследования представлен данными анализа изучения 89 больных юношеского возраста (16-25 лет), госпитализированных в клинику НЦПЗ РАМН в период 2005-2012 гг. в связи с первым приступом эндогенного психоза [F20, F25 по МКБ-10]. По половому признаку группа изученных больных была мономорфной (все больные мужского пола), что позволило исключить влияние гендерного фактора (Segarra R. et al., 2011; Scott K.M., 2011).

В соответствии с целями и задачами работы, в качестве основных методов изучения применялись клинико-психопатологический, психодиагностический (Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма (Heim E., 1986), Копинг-тест Лазаруса (Lasarus R.S. et al., 1984) и статистические методы исследования.

Критерии отбора

Для решения поставленных задач в исследование включались больные, перенесшие первый психотический эпизод в юношеском возрасте.

Критериями включения больных в исследование служили:

1. Диагностическая оценка приступа в соответствии с критериями шизофрении и шизо-аффективного психоза по МКБ-10;
2. Манифестация эндогенного психоза в юношеском возрасте (16-25 лет);

3. Начало заболевания в пределах подростково-юношеского возраста (12-25 лет);

4. Купирование острой продуктивной психопатологической симптоматики на момент включения в исследование.

Критерии исключения:

1. Наличие сопутствующей психической (органическое психическое расстройство, алкоголизм, наркомания, умственная отсталость), соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

2.1. Общая характеристика материала

2.1.1. Распределение изученных больных по возрасту, социальному и семейному статусу.

Как показал анализ данных, средний возраст исследуемого контингента больных на момент обследования составил 20,4+ 4,5 года.

В таблице 1 представлено распределение больных по возрастному и социально-трудовому статусу на период госпитализации.

Более половины больных (54 чел., 60,7%) имели незаконченное высшее образование (обучение на 3м-5м курсах ВУЗа), 9 человек (10,1%) – были специалистами с высшим образованием, 21 больной (23,6%) имели среднее специальное образование и 5 (5,6%) – среднее общее образование.

Не имевших опыта работы среди исследуемых больных было 17 человек (19%), 37 больных (41,6%) имели непродолжительный опыт неквалифицированной работы (курьер, частичная занятость в сфере обслуживания и т.п.), 23 (25,8%) больных имели стаж работы до года и 12 (13,5%) юношей - стаж работы от 1 до 5 лет.

На момент госпитализации 82 (92,1%) больных проживали в родительской семье, 2 (2,3%) состояли в браке, при этом один из них имел ребенка, двое юношей проживали совместно с сиблингами, а 4 (4,5%) проживали отдельно от родителей (в общежитии).

Таблица 1 -Распределение больных по социально-демографическим характеристикам

Параметры	Количество больных	
	n	%
Всего больных	89	100
Возраст начала заболевания		
12-13 лет	5	5,6
14-16 лет	31	34,8
17-19 лет	27	30,3
20-22 года	19	21,4
23-25 лет	7	7,9
Возраст манифестации первого приступа		
16-17 лет	8	8,9
18-19 лет	29	32,6
20-21 лет	23	25,9
22-23 лет	18	20,2
24-25 лет	11	12,4
Образование		
Неполное среднее	0	0
Среднее	5	5,6
Среднее специальное	21	23,6
Неполное высшее	54	60,7
Высшее	9	10,1
Социальный статус		
Не работает, не учится	2	2,3
Неквалифицированный труд	2	2,3
Коммерческая деятельность	1	1,1
Студент техникума/колледжа	3	3,3
Студент ВУЗа	54	60,7
Специалист со средним образованием	18	20,2
Специалист с высшим образованием	9	10,1

Средний возраст манифестации психоза составил $20,5 \pm 4,5$ года. При этом 10 больных перенесли первый психотический приступ кататоно-бредовой структуры (11,2% наблюдений), 33 больных – галлюцинаторно-бредовой (37,1%) и 46 – аффективно-бредовой структуры (51,7%). На момент исследования после купирования острой психотической симптоматики у 17 больных (19,1% случаев) сохранялись резидуальные галлюцинаторно-бредовые расстройства, у 38 больных (42,7% наблюдений) на первый план

выходили расстройства аффективного спектра, а состояние 27 больных (30,3% случаев) определялось симптоматикой астенического и тревожно-ипохондрического круга.

В таблице 2 представлено распределение обследуемых больных по типам преморбидной личности.

Таблица 2- Распределение больных по типам преморбидной личности

Тип преморбидной личности		Число больных	
		n	%
Гипертимные личности		12	13,5
Шизоидные личности		59	66,3
	Стеничные шизоиды	9	10,1
	Сензитивные шизоиды	21	23,6
	Истерошизоиды	8	9,0
	Дефицитарные шизоиды	11	12,4
	Пассивные шизоиды	10	11,2
Психастеники		4	4,5
Эмоционально-неустойчивые		5	5,6
Мозаичные		9	10,1
Итого		89	100

Анализ степени выраженности личностной аномалии показал, что наиболее редко у исследуемых больных выявлялась акцентуация личностных черт (13 пациентов, 14,6%). У 76 больных (85,4%) имела место психопатия или расстройство личности.

2.2. Методы исследования

При проведении настоящего исследования были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы исследования.

Клинико-психопатологический метод, включал личное обследование, получение объективных данных у родственников больных, а также анализ данных историй болезни (включая анамнестические сведения и показатели динамики состояния). С его помощью были изучены все 89 больных. На

каждого исследуемого была заполнена специально разработанная карта обследования, учитывающая следующие параметры: уровень доблезненной социально-трудовой адаптации, включая имеющееся образование и трудовой статус, характеристика преморбидного склада личности и степень его аномалии, возраст манифестации, психопатологическая структура приступа, оценка степени редукции продуктивной психопатологической симптоматики, спектр ведущих на момент исследования расстройств, наличие и качество критической оценки больным болезненной природы своего состояния, степень понимания необходимости лечения и последствий перенесенного состояния, а также тип субъективного отношения к болезни и профиль наиболее часто используемых больными копинг-стратегий.

Задача изучения особенностей копинг-стратегий, используемых больными, решалась с применением психодиагностических методик - методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма (Heim E., 1986) и копинг-теста Р. Лазаруса (Lazarus R.S. et al., 1984).

Применялся вариант методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма (Method for Determination of Individual Coping-Strategies, MDICS), адаптированный в лаборатории клинической психологии СПб Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева под руководством проф. Л.И. Вассермана (Змановская Е.В. [43]), позволяющий определить степень адаптивности копинг-поведения личности. Методика представляет собой скрининговую систему, позволяющую исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивные, поведенческие и эмоциональные копинг-стратегии.

Опросник состоит из 3-х разделов. Раздел «А» посвящен анализу когнитивного отражения сложной ситуации и включает 10 когнитивных копинг-стратегий: игнорирование, смирение, диссимуляцию, сохранение самообладания и др. Раздел «В» состоит из 8 позиций, описывающих особенности совладания, ориентированных на эмоциональное

отреагирование стрессовой ситуации: протест, эмоциональная разрядка, подавление эмоций, оптимизм и др. Раздел «С» содержит 8 позиций, описывающих поведенческие паттерны в трудной ситуации: отвлечение, альтруизм, активное избегание, компенсация, обращение и др. Копинги каждой группы оцениваются по параметру адаптивности и относятся к одной из трех групп – адаптивные, неадаптивные и относительно адаптивные (продуктивность их использования определялась частотой, гибкостью использования, значимостью и выраженностью или длительностью ситуации преодоления).

Когнитивные копинги у юношей в норме связаны с осмыслением и поиском решения проблемы, что является адаптивными способами выхода из стресса (продуктивными, или функциональным). Частично адаптивным (относительно продуктивным) копингом является ориентация на мнение других, что является признаком конформности в принятии решений. К неадаптивным (непродуктивным, или дисфункциональным) когнитивным копингам относятся избегание проблемы и растерянность. В эмоциональной сфере к адаптивным (продуктивным) относят эмоциональное сосредоточение, к частично адаптивным (относительно продуктивным) – поиск эмоциональной поддержки и эмоциональную разрядку, к неадаптивным (непродуктивным) – подавление чувств, чувство вины, агрессивность, покорность. В поведенческой сфере к адаптивным (продуктивным) принято относить активное преодоление и альтруизм, к частично адаптивным (относительно продуктивным) – поиск социальной поддержки и отвлечение, к неадаптивным (непродуктивным) – изоляцию, компенсацию с использованием допинговых средств и уход от реальности.

Функциональные стили копинг-поведения представляют собой прямые попытки справиться с проблемой, с помощью других или без неё, в то время как дисфункциональные стили связаны с использованием непродуктивных стратегий. Избегающий копинг положительно связан с успешной адаптацией в случае, когда стрессовая ситуация является неконтролируемой, и когда

избегание помогает предотвратить разрастание негативной ситуации. Кроме того, избегающий копинг может быть полезен в ситуациях непродолжительного стресса, однако в случае длительных стрессовых ситуаций использование избегания расценивается как неадаптивная реакция.

На следующем этапе диагностики для уточнения конкретных паттернов сознательного, направленного на совладание с фрустрирующей ситуацией, проблемно-ориентированного поведения (копинг-стиля), использовался Копинг-тест Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) [184]. Данный опросник представляет собой первую стандартную методику в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году [75] и дополнительно стандартизирована в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, и соавт.. Интерпретация результатов теста предполагает оценку частоты использования, т.н. уровня напряжения каждой копинг-стратегии. Низкий уровень напряженности, говорит об адаптивном варианте использования копинга; средний – свидетельствует о пограничном состоянии адаптационного потенциала личности; тогда как высокая напряженность копинга, характеризует выраженную неэффективность или дезадаптивность используемого стиля поведения. Методика построена на изучении 8 вариантов копинг-поведения, представленных ниже.

Конфронтационный копинг включает в себя агрессивные усилия личности к изменению ситуации (вербальная или физическая агрессия) и характеризуется определенной степенью враждебности и готовности к риску. Стратегия конфронтации предполагает попытки разрешения проблемы за счет конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями.

При выраженном предпочтении этой стратегии часто наблюдаются непродуктивная активность, импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности, конфликтности и упрямства), в сочетании с

недостаточной способностью к планированию действий, прогнозированию их результата, коррекции стратегии поведения. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно способом снижения эмоционального напряжения.

Стратегия конфронтации часто рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы.

Таким образом, положительные стороны данного копинга - это возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию, а отрицательные - высокая конфликтогенность, недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения.

Стратегия *дистанцирования* предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Предпринимаются когнитивные усилия, направленные на «отделение» от ситуации, уменьшение её стрессогенности посредством использования интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.

Таким образом, возможность снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию являются положительными сторонами данного копинга, а отрицательными - вероятность обесценивания собственных переживаний, недостаточно серьезного отношения к ситуациям, требующим разрешения.

Стратегия *самоконтроля* включает усилия личности по регулированию своих чувств и действий и предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и

выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию.

Негибкое использование стратегии самоконтроля приводит к росту уровня тревоги в связи с оценкой окружающих, чрезмерной требовательности к себе, замкнутости, «сверхконтролю поведения». Таким образом, отрицательными сторонами данной копинг-стратегии являются тенденция к изоляции, проявления скрытности, невозможность получения поддержки от окружающих, трудности выражения личных переживаний, потребностей и желаний. Её положительные стороны – возможность избегания эмоциогенных импульсивных поступков, преобладание рационального подхода к проблемным ситуациям.

Стратегия *поиска социальной поддержки* предполагает попытки разрешения проблемы за счет усилий, направленных на привлечение внешних (социальных) ресурсов, поиск информационной, эмоциональной, инструментальной и действенной поддержки. Использование данного копинга характеризуют ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия. Поиск информационной поддержки предполагает обращение за советом и рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим, с точки зрения больного, необходимыми знаниями и опытом. Потребность в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, «разделить» свои переживания с понимающим и сочувствующим человеком. В поиске инструментальной и действенной поддержки реализуется потребность в получении помощи в виде конкретных действий либо материальных ресурсов.

Положительные стороны данного вида копинга – возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации. Отрицательные стороны, особенно чрезмерной его эксплуатации - риск формирования зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по

отношению к окружающим, а также закрепление чувства собственной беспомощности или несостоятельности.

Стратегия *принятия ответственности* предполагает признание больным своей роли в возникновении проблемы и личной ответственности за ее решение. В гипертрофированном варианте данный копинг характеризуется выраженным компонентом самокритики и самообвинения, что может приводить к болезненному переживанию чувства вины, постоянного недовольства собой и своими действиями.

При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию причинно-следственной связи между собственными действиями и их последствиями, готовность к критическому анализу совершенных ошибок, своего поведения, а также своих личностных характеристик.

Таким образом, положительными сторонами выбора данной копинг-стратегии являются возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей и, соответственно, ощущения наличия ресурсов к их разрешению. А отрицательными - фиксация на переживании чувства вины, необоснованном чрезмерно критическом отношении к себе.

Стратегия *бегство-избегание* предполагает мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные на избегание проблемы, то есть попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения, включающего как интеллектуальные, так и поведенческие усилия (отрицание проблемы, фантазирование, неоправданные ожидания, отвлечение и т.п.)

Доминирование стратегии избегания к копинг-поведению приводит к закреплению инфантильных форм поведения в стрессовых ситуациях: отрицания либо полного игнорирования проблемы, уклонения от ответственности и совершения действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в

фантазии, переживание, употребление алкоголя и т.п., с целью снижения мучительного эмоционального напряжения.

Большинством исследователей эта стратегия рассматривается как безусловно неадаптивная, однако, это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях. Таким образом, положительная сторона данной копинг-стратегии - возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса, а отрицательные стороны – невозможность разрешения проблемы, прогрессирующее накопление трудностей, краткосрочный эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта.

Стратегия *планирования решения проблемы* предполагает произвольные попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного проблемно-фокусированного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Ее положительные стороны - возможность целенаправленного и планомерного подхода к разрешению проблемной ситуации. К отрицательным чертам относятся вероятность чрезмерной рациональности, а также фиксация на когнитивном анализе и выборе оптимального паттерна совладания без переключения на активные действия.

Стратегия *положительной переоценки* предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, усилий по созданию положительного значения ситуации с фокусированием на её значении как стимула для личностного роста. Характеризуется ориентированностью на надличностное, философское (включая религиозное) осмысление проблемной ситуации. Положительные

стороны данной копинг-стратегии – это возможность личностного роста в процессе преодоления проблемной ситуации, снижение фрустрирующего влияния стрессовой ситуации и помощь в эмоциональном приспособлении к ней; к отрицательным относится недооценка практических возможностей и имеющихся ресурсов для разрешения ситуации. Тем не менее, представляется, что стратегия позитивной переоценки может быть эффективна в ситуации, когда субъект не может контролировать результат.

Полученные в результате исследования данные были подсчитаны и статистически обработаны с использованием пакета компьютерных программ Statistica 6.0 в лаборатории доказательной медицины и биостатистики (руководитель – к.б.н. А.Н.Симонов) Научного центра психического здоровья РАМН.

Глава 3

Особенности отношения к болезни пациентов юношеского возраста, перенесших первый эндогенный приступ

Отношение больных к перенесенному психотическому состоянию традиционно рассматривается клиницистами как важный прогностический признак. Субъективное восприятие больными перенесенного психотического эпизода является одним из основных факторов, определяющих тип эмоционального реагирования на происходящее, выбор ведущих копинг-стратегий, а также уровень комплаентности, и, как следствие, риск последующих эксацербаций. В тоже время больных, перенесших психотический эпизод, отличает достаточно широкий диапазон суждений относительно причины болезненных расстройств, необходимости лечения, его характера и длительности.

3.1. Общая характеристика субъективного отношения к болезни

В процессе проведенного исследования было установлено, что становление субъективного отношения к болезни у больных, перенесших первый психотический эпизод в юношеском возрасте, в значительной степени детерминировано возрастными особенностями, обусловленными патопластическим влиянием пубертатного возраста. Так, формирование адекватного критического отношения к болезни затруднено отсутствием таких больных сформированного целостного представления о собственной личности. Вследствие этого они испытывали значительные затруднения в дифференцировке представлений о проявлениях болезни и проявлениях своих личностных характерологических особенностей. Временное совпадение изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, обусловленных патологическим процессом, с изменениями физиологических и личностных характеристик, сопровождающих процесс взросления, а также отсутствие достаточного жизненного опыта, определяло

склонность больных трактовать проявления болезни как особенности собственного характера. Это создавало дополнительные трудности в выработке адекватного отношения к болезни у изученного контингента больных.

В большинстве случаев было выявлено несоответствие субъективной оценки больными тяжести своего состояния клинической картине.

Анализ полученных данных показал, что сохранение на этапе становления ремиссии невыраженных резидуальных продуктивных расстройств галлюцинаторно-бредового круга служило предиктором становления формального или частично критического отношения к заболеванию. Преобладание же аффективной симптоматики депрессивного круга вело как к формированию двух тенденций. Во-первых, к сниженному критическому отношению к болезни, (что, возможно, определялось высокой напряженностью защитно-компенсаторных механизмов). Во-вторых, к появлению склонности к обостренному, гиперболизированному переживанию факта наличия психического расстройства вплоть до деморализации или утрированного принятия роли психически больного с последующим нарастанием пассивности, ощущения беспомощности и тенденцией к закреплению поведенческих паттернов избегания, приводящих к изоляции.

Большая выраженность как позитивной симптоматики, так и нейрокогнитивных расстройств определяла меньшую способность к осознанию наличия психического заболевания. Было установлено, что наличие/глубина демонстрируемого больным критического отношения к болезни на этапе становления ремиссии во многом определялась клинической картиной ведущей резидуальной симптоматики постприступного этапа. Постепенная редукция резидуальной симптоматики и когнитивных расстройств создавала предпосылки для становления более адекватного отношения к заболеванию. Была также отмечена склонность больных с большей критичностью относиться к проявлениям негативной

симптоматики и когнитивно-мнестическим нарушениям, чем к проявлениям продуктивных расстройств.

3.2. Типология особенностей отношения к болезни юношей, перенесших первый психотический приступ

В процессе проведенного исследования было установлено, что отношение к перенесенному психотическому эпизоду у изученной группы больных характеризовалось высокой гетерогенностью, представляющей континуум состояний от полного отрицания больным факта наличия у него психического заболевания, до принятия роли тяжелобольного.

Было выделено четыре основных типа отношения к болезни больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза: нормозогнозический, гипозогнозический, гиперозогнозический, диснозогнозический (рис. 1). Остановимся более подробно на полученных данных.



Рисунок 1. Типы и подтипы отношения к болезни

3.2.1. Нормозогнозический тип отношения к болезни

Нормозогнозический тип отношения к болезни (6,7%, 6 наблюдений), характеризующийся относительно высоким уровнем осознания болезни, был выявлен у шести больных, перенесших первый приступ галлюцинаторно-бредовой и аффективно-бредовой структуры (таблица 3). В их жалобах с достаточной полнотой отражалась психопатологическая симптоматика, оценка больными своего состояния довольно точно соответствовала объективной клинической картине, а перспективы лечения определялись, главным образом, информацией, полученной от лечащего врача. Преморбидный склад личности больных с данным типом отношения к болезни был преимущественно гипертимным (83,3%, 5 чел.). Нормозогнозический тип отношения к заболеванию определял достаточно высокий уровень комплаентности этих больных.

Таблица 3- Типы и подтипы отношения к болезни в зависимости от структуры перенесенного приступа

Типы и подтипы отношения к болезни		Структура первого приступа						Оценка достоверности по χ^2 -тесту	
		кат.-бр.		галл.-бр.		афф.-бр.		Критерий χ^2	p-значение
		n	%	n	%	n	%		
Нормозогнозический		0	0	2	6,0	4	8,7	29,75	0,0083
Гипозогнозический	индифферентный	3	30,0	0	0	4	8,7		
	прагматический	0	0	14	42,4	6	13,0		
	избегающий	4	40,0	5	15,2	11	23,9		
	всего	7	70,0	19	57,6	21	45,6		
Гипернозогнозический	уязвимый	1	10,0	5	15,1	10	21,7		
	претенциозный	1	10,0	7	21,2	5	10,9		
	ипохондрический	1	10,0	0	0	3	6,5		
	всего	3	30,0	12	36,4	18	39,1		
Диснозогнозический		0	0	0	0	3	6,5		
Итого		10	100	33	100	46	100		

Больные, перенесшие приступ галлюцинаторно-бредовой структуры, при наличии адекватной модели своего заболевания и ожидаемых результатов

лечения, демонстрировали определенный прагматизм в отношении лечения, готовность к деловому контакту с врачами, стремились к реальной оценке болезни и прогноза. Для больных этой группы характерным было понимание значения их личной активной позиции в лечении, они были в достаточной мере точны и пунктуальны в отношении соблюдения врачебных рекомендаций. Эти больные были деятельны, занимали активную позицию в совладании с резидуальной симптоматикой, демонстрировали готовность к изменению образа жизни и актуализации деятельности, направленной на выздоровление, а также проявляли интерес к внутриклиническим и постгоспитальным лечебно-восстановительным мероприятиям. Нормозогностический тип отношения к заболеванию определял достаточно высокий уровень комплаентности у больных этой группы.

Юноши, перенесшие первый приступ аффективно-бредовой структуры, у которых был выявлен нормозогностический тип отношения к болезни, демонстрировали достаточно объективную оценку как своего состояния, так и необходимой продолжительности лечения и сроков реадaptации. Они были настроены на сотрудничество с лечащим врачом и иным медицинским персоналом, принимали поддержку родственников, стремясь, в тоже время, не слишком обременять близких. В нескольких наблюдениях довольно полному представлению больных о своем заболевании сопутствовал сниженный фон настроения, не влияющий, однако, на использование активного совладающего поведения и проблемно-ориентированной деятельности (направленной на решение возникающих сложностей). Периоды подавленности, грусти, определяемые эмоциональной лабильностью, свойственной на этапе становления ремиссии больным, перенесшим приступ аффективно-бредовой структуры, были детерминированы внешними событиями (ухудшение состояния, неопределенность срока госпитализации, усиление побочных эффектов терапии, изменения в семейном и социальном окружении, работе/учебе).

3.2.2 Гипонозогностический тип отношения к болезни

У значительной части исследуемых (52,8%, 47 наблюдений) на этапе обратного развития приступа был выявлен гипонозогностический тип отношения к заболеванию (таблица 3). Эти больные, осознавая, в целом, болезненную природу произошедшего с ними, были склонны к диссимуляции психопатологической симптоматики, недооценке тяжести своего настоящего состояния, последствий заболевания и его влияния на социальное функционирование, профессиональный статус. Многие из них выражали сомнения в необходимости проводимой терапии и её продолжительности, демонстрировали убежденность в благоприятном исходе, приписывая улучшение состояния «смене обстановки», отдыху и прочее. Суждения больных этой группы носили поверхностный характер, отличались легкомысленностью, наивностью, беспечностью и противоречивостью. У части исследуемых пациентов, имевших в различной степени сформированное критическое отношение к болезни, в постприступном периоде выявлялась склонность к рационализации произошедшего, попыткам «психологизировать» причины произошедшего. Для больных с данным типом отношения к заболеванию была свойственна тенденция объяснять свое состояние воздействием внешних факторов (переутомлением, конфликтами, стрессом, употреблением наркотиков) или личностными особенностями («слишком богатая фантазия», «вел неправильный образ жизни», «грешил»). Больные этой группы демонстрировали убежденность в возможности выздоровления при условии соблюдения определенных правил (занятия спортом, правильное питание и пр.) или избегании фактора, вызвавшего, по их мнению, заболевание (ссор, употребления алкоголя, наркотиков). Они также были склонны к формированию неадекватной (эйфоричной) модели с переоценкой достигнутых и ожидаемых результатов лечения.

Данный тип отношения к болезни встречался у больных перенесших первые приступы всех психопатологических разновидностей. При этом достоверно чаще ($\chi^2=17,02$; $p=0.0019$) он встречался у больных с кататоно-бредовой структурой приступа (70,0% наблюдений), с галлюцинаторно-бредовой структурой первого приступа - в более чем в половине наблюдений (57,6%), с аффективно-бредовой - в 45,6%. Анализ преморбидного склада личности больных с данным типом отношения к болезни показал высокую частоту встречаемости среди них шизоидов (стеничных - 23,4%, 11 чел.; пассивных - 38,3%, 9 чел.; дефицитарных - 17,0%, 8 чел.). В единичных случаях встречались психастенические (8,5%, 4 чел.) и эмоционально-неустойчивые личности (6,3%, 3 чел.).

Больным, у которых был диагностирован гипнозогнозический тип отношения к болезни, было свойственно критическое отношение к отдельным симптомокомплексам и/или убежденность в наличии у них психического заболевания более легкого регистра, чем психотический. Некоторые из них полагали, что госпитализированы с целью лечения депрессии, «психосоматической болезни», тревожного или невротического расстройства. Для исследуемых этой группы были характерны объяснения факта госпитализации необходимостью отдохнуть от переутомления, «восстановить психику после нервного срыва». Было установлено, что у части больных, демонстрировавших наличие неполной/формальной критики к своему состоянию, критическое отношение распространялось только на острый период болезни и/или период неправильного или агрессивного поведения. Таким образом, данная группа больных была неоднородной, в связи с чем, было выделено три подтипа гипнозогнозического отношения к болезни - индифферентный, прагматический и избегающий.

В случае выявления *индифферентного подтипа* отношения к заболеванию (7,8%, 7 наблюдений), реакции больных как на когнитивном, так и на эмоциональном и поведенческих уровнях, характеризовались безразличием к своему состоянию, изменениям, происходящим с ними, к

своему будущему, исходу болезни и результатам лечения. Они пассивно подчинялись назначенным процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны врача, медперсонала или близких. У этих больных не выявлялись паттерны собственной активности, направленной на преодоление болезни, стремление к выздоровлению. Их поведение в сфере межличностного взаимодействия определялось вялостью, апатией и равнодушием. Больные демонстрировали замкнутость, отстраненность, неохотно вовлекались в беседы с врачом, родственниками и другими больными; в постприступном периоде оставались малодоступными в плане своих переживаний, не принимали участия в реабилитационных мероприятиях, проводимых в стационаре. Они говорили о своей усталости от болезни и безразличии к дальнейшим изменениям в состоянии и лечении, о стремлении не думать о болезни и «жить беззаботно»; склонялись к мнению, что врачи и родные преувеличивают тяжесть заболевания. Для больных также были характерны утрата интереса к родным, учебе/работе, прежним увлечениям.

Характерной чертой *прагматического подтипа* (22,5%, 20 наблюдений) было избирательное отношение к лечению, обусловленное, прежде всего, стремлением продолжать обучение или работу, а также сохранить или восстановить свой преморбидный профессиональный статус. Больным была свойственна анозогнозия разной степени выраженности, а также ригидное стремление убедить себя и окружающих в своей способности к поддержанию прежнего или даже более высокого социального уровня. Эти особенности, с одной стороны, создавали условия для успешной социально-трудовой реадaptации, а с другой — делали больных недостаточно внимательными к ограничениям, накладываемым проявлениями болезни, приводили к легкости нарушений врачебных рекомендаций, формированию низкого уровня комплаентности. Больные этой группы были склонны не замечать всех изменений в своем состоянии и выделяли лишь часть актуальных психопатологических расстройств. В их жалобах отражалась тенденция

характеризовать проявления болезни как более легкие. Наиболее яркие проявления болезни (галлюцинаторно-бредовые переживания, нелепые поступки и высказывания) исследуемыми описывались неохотно и крайне неопределенно, а в качестве основных симптомов заболевания предъявлялись когнитивные, астенические, аффективные расстройства, снижение работоспособности и общего уровня активности, а также диссомнические нарушения и вегето-соматическая симптоматика. Многим из этих больных было присуще недостаточное понимание значения личной активной позиции по отношению к лечению, а в части случаев отсутствие положительной установки на лечение. Их активность, направленная на «борьбу с болезнью», заключалась в игнорировании ограничений, подавлении субъективно неприятных переживаний, переоценке собственных возможностей. Наличие резидуальной галлюцинаторно-бредовой симптоматики определяло склонность исследуемых этой группы к патологической концептуализации переживаний. Причем была выявлена тенденция или психологизировать причины расстройств, связывать их с переутомлением, неприятностями в личной жизни/на работе, или рассматривать эти симптомы как результат побочного действия лекарств, что приводило к настойчивым просьбам об отмене терапии. Все эти больные планировали как можно более быстрое возвращение к учебе/работе и были озабочены сохранением факта госпитализации в тайне. У больных с данным подтипом отношения к заболеванию был выявлен относительно невысокий уровень выраженности эмоциональных реакций на факт наличия заболевания, сферой сосредоточения беспокойств у них была профессиональная деятельность. Они демонстрировали значительную амбициозность в профессиональной сфере, переживания, связанные с «потерей времени», упущенными возможностями, вместе с тенденцией к отказу от поиска компромиссов между уровнем притязаний и наличием ограничений вследствие перенесенного психотического состояния. Так, например, многие исследуемые этой группы сообщали о своем стремлении

«всеми силами перебороть болезнь, не поддаваться ей», и о намерении работать/учиться больше, чем раньше, чтобы «наверстать упущенное». Они уже во время пребывания в отделении начинали готовиться к экзаменам, рассчитывая сразу как можно скорее сдать сессию. Эти пациенты были склонны недооценивать степень выраженности когнитивных расстройств, в том числе идеаторных нарушений (замедленности, «неповоротливости» мышления, трудностей концентрации внимания, усвоения и обработки/анализа информации), астенических проявлений. Они считали свои затруднения в учебе либо результатом побочных действий лекарств, либо проявлениями лени, неорганизованности, слабохарактерности.

Характерной особенностью проявления *избегающего подтипа* (22,5%, 20 наблюдений) гипонозогнозического отношения к заболеванию была склонность к преуменьшению значения заболевания вплоть до отрицания факта его наличия, неприятие мыслей о болезни, её возможных последствиях. Тенденции к избеганию выявлялись как на когнитивном, так и на поведенческом уровнях реагирования. Больные предпочитали не думать о своем состоянии, вытесняли мысли о тяжести заболевания, о серьезности возможных последствий. Они отказывались обсуждать болезненные проявления, участвовать в разговорах, касающихся болезни, как с родителями, так и со сверстниками, демонстрировали малодоступность в плане своих переживаний в беседе с врачами. В данной группе больных преобладало небрежное, легкомысленное отношение к заболеванию, необходимому лечению и его продолжительности. Для них была также характерна легкость нарушений врачебных рекомендаций, вплоть до отказа от лечения. Больные с данным подтипом отношения к заболеванию были склонны рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний, «нервного срыва», переутомления или случайных колебаний самочувствия. Причины психического расстройства психологизировались, больные объясняли мотивы своего неправильного поведения внешними обстоятельствами по принципу психологически понятных связей. Улучшение

состояния они относили за счет разрешения конфликта, отдыха и высказывали сомнения в необходимости проводимого лечения.

Исследуемые сообщали о желании «разобраться самому», «обойтись своими средствами», полагали, что «организм должен сам перебороть болезнь», демонстрировали уверенность в том, определенные процедуры (например, здоровый образ жизни или поездка на отдых) приведут к окончательному выздоровлению; или надеялись, что «все обойдется само». Больные данной группы обнаруживали убежденность в благоприятном исходе заболевания, а также в крайне низкой вероятности его повторения при соблюдении ими определенных условий (например, избегание конфликтов, употребления алкоголя, регулярное посещение церкви и т.п.). Им было свойственно построение дальнейших планов без учета особенностей своего состояния, длительности необходимого поддерживающего лечения.

Анализ зависимости подтипа отношения к болезни от клинико-психопатологической структуры перенесенного приступа выявил следующее. Индифферентный подтип отношения к болезни был диагностирован у большей части исследуемых, перенесших первый приступ кататоно-бредовой структуры (30% наблюдений), у небольшого числа больных, перенесших приступ аффективно-бредовой структуры (8,7%), и не встречался у юношей, перенесших первый эпизод галлюцинаторно-бредового психоза.

Последние наиболее часто демонстрировали прагматический подтип гипонозогнозического отношения к болезни (42,4% наблюдений), мало представленный в группе исследуемых, перенесших первый приступ аффективно-бредовой структуры (13,0% случаев) и не встречавшийся у больных, перенесших приступ кататоно-бредовой структуры.

Избегающий подтип гипонозогнозического отношения к болезни был выявлен во всех трех группах больных: с наибольшей частотой (40% наблюдений) в группе больных, перенесших первый приступ кататоно-бредовой структуры, в 15,2% случаев в группе больных, перенесших приступ

галлюцинаторно-бредовой структуры и в 23,9% случаев среди исследуемых, перенесших приступ аффективно-бредовой структуры.

Вероятно, преобладание гипнозогнозического отношения к перенесенному заболеванию в группе больных, перенесших приступ кататоно-бредовой структуры (70,0% наблюдений), определялось как выраженностью когнитивных нарушений, так и длительностью продромального периода с постепенным нарастанием симптоматики. У них преобладали объяснения госпитализации необходимостью обследования и/или восстановления здоровья. Больные, состояние которых определялось дефицитарными нарушениями, сообщали, что вполне довольны своим состоянием и не разделяли озабоченности врачей и близких.

В группе исследуемых, перенесших первый приступ аффективно-бредовой структуры, гипнозогнозический тип отношения к болезни был особенно характерен для больных, состояние которых на этапе становления ремиссии определялось аффективными расстройствами гипоманиакального полюса.

Прагматический подтип гипнозогнозического отношения к перенесенному психотическому эпизоду - наиболее часто встречающаяся разновидность субъективного восприятия заболевания больными, перенесшими первый галлюцинаторно-бредовой приступ (42,4% наблюдений).

Проведенное исследование показало, что данная группа больных в целом характеризовалась невысоким уровнем комплаентности и высоким риском рецидивирования. Наименьшую степень комплаентности продемонстрировали исследуемые с избегающим подтипом отношения к болезни. Так, например, у больных, перенесших первый приступ галлюцинаторно-бредовой структуры, часто выявлялась склонность к бредовой трактовке причин госпитализации, к объяснениям необходимости своего пребывания в клинике соображениями безопасности, возможностью «избежать преследования».

Больные с индифферентным подтипом отношения к имеющемуся у них заболеванию при низком уровне осознания необходимости лечения и последствий перенесенного психотического эпизода были склонны к пассивному подчинению в отношении выполнения лечебных мероприятий и объяснению факта госпитализации настоянием родителей, необходимостью отдыха или обследования, в суть которого не вдавались. Точность соблюдения врачебных рекомендаций здесь определялась необходимостью лечения, его объема и продолжительности родителями/близкими больного.

3.2.3 Гипернозогностический тип отношения к болезни

Для больных с гипернозогностическим типом отношения к болезни (37,1%, 33 наблюдения) было характерно крайне пессимистическое субъективное восприятие болезни, своего нынешнего положения, своих перспектив в будущем, несоизмерное объективно наблюдаемым психопатологическим проявлениям, даже при объективно удовлетворительных результатах проводимого лечения и благоприятном прогнозе.

Исследуемые этой группы демонстрировали склонность к формированию заниженной модели полученных/ожидаемых результатов лечения. С клинической точки зрения больные с данным типом отношения к имеющемуся у них заболеванию характеризовались гипертрофированными тревожными реакциями, депрессивным моноидеизмом с фиксацией на идеях собственной несостоятельности/малоценности. Им была свойственна погруженность в свои переживания, обостренное реагирование на происходящие с ними изменения, обусловленные как патологическим процессом, так и побочными действиями лекарств. Среди вариантов преморбидного личностного склада больных с данным типом отношения к болезни преобладали сенситивные шизоиды (27,3%, 9 чел.), истерошизоиды (21,2%, 7 чел.) и психастенические личности (15,1%, 5 чел.).

Для некоторых больных этой группы было характерно утрированное принятие роли «тяжело больного», ожидание повышенной опеки со стороны

близких, врачей и медперсонала. Они были склонны к драматизации произошедшего, предъявлению требований особого отношения к себе, аггравации болезненных проявлений и дискомфорта, связанного с побочными действиями лекарств.

Для части больных с указанным типом отношения к болезни, была свойственна склонность к фиксации на неприятных соматических симптомах. Больные с данным типом отношения к имеющемуся у них заболеванию демонстрировали склонность к постоянному анализу своих ощущений, «уходу в болезнь», их внимание было большую часть времени сосредоточено на контроле изменений соматического состояния. У них также выявлялась тенденция к преувеличению дискомфорта, вызванного побочными действиями медикаментозной терапии.

Данный тип отношения к болезни встречался примерно с одинаковой частотой ($\chi^2=5,05$; $p=0,28$) у больных, перенесших первые приступы всех психопатологических разновидностей (таблица 3). При этом у больных с аффективно-бредовой структурой первого приступа он встречался в 39,1% случаев, при галлюцинаторно-бредовой - в 36,4%, а при кататоно-бредовой структуре приступа у 30,0% обследованных больных.

Гипернозогнозический тип отношения к болезни с наибольшей частотой встречался у больных, состояние которых определялось развитием постпсихотической депрессии на этапе обратного развития приступа аффективно-бредовой структуры. Исследуемые этой группы были склонны к гиперболизации тяжести своего состояния, пессимистической оценке эффективности лечения, своих перспектив в будущем, причем депрессивная оценка распространялась как на оценку своего состояния и эффективности терапии, так и на оценку собственных способностей и дальнейших перспектив. Беспокойство больных зачастую касалось не столько реально возможных осложнений заболевания, сколько охватывало область будущих социальных контактов, начиная от обеспокоенности реакцией на их болезнь окружающих и заканчивая опасениями в своей полной несостоятельности.

Больным, демонстрировавшим гипернозогнозическое отношение к заболеванию, была свойственна определенная гетерогенность как в отношении глубины осознания болезненного характера расстройств, так в отношении особенностей субъективного восприятия тяжести заболевания. В этой группе исследуемых были выделены следующие подтипы - уязвимый, претенциозный и ипохондрический.

Пациенты, у которых был выявлен *уязвимый подтип* (18,0%, 16 наблюдений) гипернозогнозического отношения к своему заболеванию, характеризовались склонностью к пессимистическим оценкам своих перспектив в лечении, что проявлялось в свехудрученности болезнью, убежденности в неполной излечимости, и в высокой вероятности/неизбежности рецидива, неверии в возможное улучшение, в выздоровление. Для этой группы больных были характерны сомнения в эффективности проводимого лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии, а также ангедония, активные депрессивные высказывания, фиксация на мыслях о безысходности своего положения, бессмысленности лечения, его неизбежных осложнениях, скором ухудшении состояния. Они испытывали выраженную тревогу, были легко внушаемы, часто непоследовательны, но, в тоже время, довольно подозрительны и недоверчивы (консультировались у разных врачей, зачастую часто прибегали к помощи «знахарей», «экстрасенсов» и прочее).

Для данного подтипа гипернозогнозического отношения к болезни было также характерно тягостное чувство собственной измененности, сопровождающееся чувствами растерянности, беспомощности, вины, обиды, разочарования. Положительная установка на лечение у этих больных сочеталась с противоречивым, порой паническим неверием в эффективность проводимой терапии. Больных характеризовала повышенная чувствительность к социальной оценке факта госпитализации и стигматизация пребыванием в стационаре, приемом психофармакологических препаратов. У части больных были выявлены

реакции по типу «ухода в болезнь», «капитуляции» перед болезнью, склонность к аггравации болезненных переживаний и отношению к ним, как к «непереносимым». Им была свойственна выраженная тревожность, неуверенность, трудности при принятии решений, сомнения в правильности своих убеждений и поступков, болезненная, утрированная рефлексия, а также опасения обнаружения своей несостоятельности перед окружающими. Депрессивная оценка собственной личности у некоторых больных определяла формирование депрессивного «философского» мировоззрения с абстрактными навязчивыми размышлениями о бессмысленности жизни и существования человечества в целом. Исследуемые предъявляли жалобы на мучительное чувство оторванности от общества, ощущение одиночества, а также утраты своей ценности как личности. Для больных с данным подтипом отношения к болезни была характерна актуализация инфантильных черт, проявляющаяся в потере поведенческих паттернов предшествующего уровня самостоятельности и выступлении на первый план регрессивных, детских поведенческих и эмоциональных моделей реагирования. Им была свойственна зависимость от близких, определенная беспомощность в быту, поиск особой заботы и опеки.

Одновременно с этим у больных выявлялись опасения, что окружающие станут их жалеть, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться и избегать общения с ними. Исследуемые говорили также о боязни из-за болезни стать обузой для близких родственников, неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Они были склонны или стесняться своего заболевания, или обвинять окружающих в своем состоянии, в предвзятом отношении. Больных характеризовала особая ранимость, колебания настроения, связанные с межличностными контактами, а также крайняя обеспокоенность производимым на окружающих впечатлением.

Особенности становления ремиссии у этих больных (гипопатия, гипобулия, слабость интенции, вялость, заторможенность, гиперсомния)

приводили к утяжелению субъективного восприятия ситуации. Изменения в их поведении и внешнем облике (несвойственная ранее медлительность, замкнутость, быстрая утомляемость, интеллектуальная несостоятельность, увеличение массы тела) также способствовали усугублению неуверенности в себе, чувству вины, подавленности своим положением и пессимистической оценки своих перспектив. По мере «дозревания» ремиссии наблюдалась трансформация отношения к болезни в направлении смягчения, «облегчения» представлений об особой тяжести перенесенного состояния.

Отношение к перенесенному психотическому эпизоду у больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни определялось достаточной сформированностью критического восприятия психопатологической симптоматики, а также гипертрофированным субъективным отражением осознания болезни с тревожными опасениями возможности ее повторения. У исследуемых данной группы часто выявлялись значительная тревога за своё будущее, сомнения в правильности проводившегося лечения, опасения возможного неблагоприятного воздействия лекарств на организм, в том числе на интеллектуальные способности.

Для больных с *претенциозным подтипом* гипернозогнозического отношения (14,6 %, 13 наблюдений) к болезни было характерно «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Они были склонны демонстрировать окружающим свои страдания и переживания с целью привлечь их внимание и вызвать сочувствие и/или восхищение стойкостью, с которой они переносят тяготы болезни и лечения. Больные с данным типом отношения к болезни требовали особого участия в ущерб другим больным, а также делам и заботам близких, были склонны обвинять врачей и близких в равнодушии, невнимательности, пренебрежительном отношении к ним. Другие люди, также требующие внимания и заботы, вызывали неприязненное отношение, рассматривались как «конкуренты». Для исследуемых с данным подтипом отношения к болезни было свойственно

желание показать другим свою исключительность, непохожесть на других в отношении проявлений, течения болезни. Они обнаруживали убежденность в необычном течении, уникальных проявлениях болезни, а также говорили о нетрадиционном действии на них лекарств, якобы приводящих специалистов в недоумение. Зачастую больные с данным подтипом отношения к болезни демонстрировали подозрительность и недоверие к врачам, обвиняя их в недостаточной компетентности, внимательности, ставших причиной «запущенности болезни», особой «тяжести их состояния». Характерной для больных этой группы была убежденность в том, что у них болезнь протекает тяжелее, чем у других и чем думают врачи, и что её лечение требует особо внимательного отношения, навыков, а также поиска новых, нетрадиционных методов лечения. Межличностное взаимодействие строилось с акцентом на удовлетворении собственных потребностей, включая манипуляции фактом болезни, отмечалось также использование болезни для отказа от социально полезного функционирования.

Представленность сомато-вегетативных расстройств или рудиментарной сенестопатической симптоматики у больных на этапе становления ремиссии создавали предпосылки для формирования *ипохондрического подтипа* гипернозогностического отношения к болезни (4,5%, 4 наблюдения). Для исследуемых этой группы была характерна фиксированность внимания на физических ощущениях с преувеличением их выраженности и значения, а также эксплицированное беспокойство относительно побочных действий лекарств, негативного влияния процедур.

В группе больных, перенесших первый приступ кататоно-бредовой структуры, гиперболизированный тип отношения к болезни встречался в единичных случаях (уязвимый подтип 10,0%, 1 наблюдение; претенциозный подтип 10,0%, 1 наблюдение, ипохондрический подтип 10,0%, 1 наблюдение).

У больных, перенесших приступ галлюцинаторно-бредовой структуры, гипернозогностический тип отношения к болезни выявлялся в 36,4% (12

наблюдений). Наиболее часто (21,2%, 7 наблюдений) был диагностирован претенциозный подтип отношения к болезни.

Наибольшая встречаемость гипернозогнозического типа отношения к болезни в группе больных, перенесших первый приступ аффективно-бредовой структуры (39,1%, 18 наблюдений), с нашей точки зрения, определяется высокой частотой постпритсупных депрессивных расстройств, а также наиболее полным критическим отношением к перенесенному эпизоду болезни, осознанием ими драматических обстоятельств, связанных с их поведением в остром периоде болезни. Наиболее часто в этой группе выявлялся уязвимый подтип (21,7%, 10 наблюдений).

3.2.4. Диснозогнозический тип отношения болезни

Группу больных с диснозогнозическим типом отношения к болезни составили трое исследуемых (6,5% наблюдений), перенесших маниакально-бредовой приступ. По преморбидному складу личности они относились к эмоционально-неустойчивым.

Не отрицая факта наличия у них психического расстройства, эти пациенты демонстрировали убежденность, что эйфоричный фон настроения в сочетании с идеаторным, двигательным и психическим возбуждением - это их естественное, нормальное состояние. Они расценивали изменения, произошедшие за время лечения в отделении как болезненные, а ровный фон настроения считали признаком депрессивного состояния. Они предъявляли жалобы на ощущение бессмысленности своего существования, скуку, ленность и стремились вернуться в прежнее состояние. Их склонность приписывать ухудшение состояния лечению и желание вернуться к переживаниям маниакального возбуждения определяли тенденцию к отказу от медикаментозного лечения, настойчивым просьбам о прекращении лечения.

В процессе проведенного исследования было установлено наличие существенных различий в группе больных юношеского возраста, перенесших

первый приступ эндогенного приступообразного психоза, по типам субъективного отношения к болезни и позиции, занимаемой больным по отношению к своей болезни. Встречаемость выявленных типов отношения к болезни статистически достоверно коррелирует с психопатологической структурой приступа ($p < 0,05$). Эти различия, наряду с особенностями преморбидных черт личностного склада, ведущими психопатологическими расстройствами этапа становления ремиссии определяют выбор копинг-стратегий, используемых больными для совладания с болезнью и сопутствующими трудностями.

Таким образом, именно субъективное отношение больного к своему состоянию определяло ту позицию, которую он принимал по отношению к своему заболеванию, проводимому лечению. А также создавало предпосылки к формированию паттернов совладающего поведения. Выбор ведущей стратегии совладания детерминировал дальнейшие действия больного, направленные либо на активное совладающее поведение и сотрудничество со специалистами службы психического здоровья, либо на формирование избегающего поведения в качестве основной стратегии совладания. Причем, сформированность первого паттерна определяла, как более высокую комплаентность, наряду с активной позицией в поиске решения проблем, так и более высокий уровень социальной активности; а закрепление второго - «капитуляцию» перед болезнью, низкую комплаентность и избегающее поведение, включая ограничение социальных контактов и изоляцию.

Глава 4

Совладающее поведение больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эндогенный приступ

Выявленные в настоящем исследовании типы отношения к болезни у юношей, перенесших первый приступ эндогенного приступообразного психоза, во многом определяли направленность их сознательных усилий, призванных устранить или уменьшить влияние стресса (копинг-стратегии). Особенности копинг-поведения, объединяющего когнитивные, эмоциональные и поведенческие паттерны, в свою очередь являются значимым фактором, влияющим на дальнейшее течение заболевания, частоту последующих эксацербаций, а также полноту функционального выздоровления, уровень социальной и профессиональной адаптации больных. Известная преморбидная уязвимость к стрессу психотических больных, а также особое значение стрессоустойчивости, как предиктора частоты последующих обострений после первого перенесенного психотического эпизода, делают копинг-стратегии одной из основных мишеней психосоциального вмешательства на этапе становления ремиссии.

4.1. Характеристика совладающего поведения больных юношеского возраста

В норме подростково-юношеский возраст характеризуется недостаточной сформированностью репертуара используемых копинг-стратегий и высокой частотой возвращения к более ранним (детским) формам совладающего поведения. Некоторые копинг-стратегии в этом возрасте претерпевают значительные качественные и количественные изменения. Например, снижение частоты «обращения за помощью» к близким, детерминируемое потребностью юношей в независимости и самостоятельности, в норме компенсируется ростом числа обращений за поддержкой к сверстникам релевантной группы. Отдельные копинг-стратегии, такие как «проблемный

анализ» и «планирование решения проблем», находятся в стадии становления. Необходимые для когнитивной оценки степени угрозы стрессовой ситуации представления юношей о собственных возможностях и имеющихся ресурсах среды также находятся на этапе формирования. Одновременно с этим юношескому возрасту свойственны высокая напряженность адаптационных ресурсов и высокий уровень психоэмоциональных нагрузок, обусловленные изменением социальных требований, необходимостью освоения новых социальных ролей, увеличением когнитивной сложности восприятия межличностных взаимодействий, требованием более точного учета социального контекста коммуникаций, а также ослаблением связи с семьей.

Существенны также гендерные особенности использования копинг-стратегий. Так, например, склонность юношей к повышенному контролю проявления эмоций ограничивает возможности эмоционального отреагирования (двигательной и речевой активности, направленной на снижение уровня психоэмоционального напряжения), что отражается на таких характеристиках эффективности копинг-поведения как разнообразие, частота и гибкость применения различных стратегий совладания.

Здоровые юноши с достаточно высоким уровнем социальной адаптированности достаточно часто используют стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки» (45% и 36% от общей структуры базисных стратегий копинг-поведения соответственно) (Сирота Н.А., 1994). Они ориентированы на успех в преодолении сложностей, демонстрируют готовность к осознанию проблемы и личной ответственности в её решении; им свойственны способность к конструктивному взаимодействию с социальной средой и уверенность в достаточности личных и средовых ресурсов. Копинг-стратегию «избегание» здоровые юноши используют только в 19% случаев.

Известно, что выраженность и характер стрессовой реакции детерминированы когнитивной оценкой ситуации индивидом. Произведенная

когнитивная оценка определяет форму проявления стресса, интенсивность и качество последующей реакции, влияя не только на поведение, но и на эмоциональное состояние. Таким образом, когнитивная оценка является связующим звеном между восприятием стрессового события и выбором способа его преодоления. Она обуславливает эмоциональное состояние индивида и его поведение в целом.

Свойственный юношескому возрасту процесс формирования навыков когнитивной оценки стрессовой ситуации и планирования решения проблемы подвержен искажениям на фоне нейрокогнитивного дефицита, характерного для больных, перенесших психотический приступ. Особую роль здесь имеют нарушения внимания, скорости обработки информации, памяти, способности к абстрагированию и исполнительных функций. Неэффективность когнитивной оценки, как и недостаточная сформированность навыков реализации проблемно-решающего поведения у исследуемых больных опосредованы неспособностью удерживать краткосрочный информационный материал. Это происходит вследствие низкой сопротивляемости к снижению интенции внимания, отсутствия дифференциации между полезной и несущественной информацией, ошибок в установлении связи между отдельными элементами информации и в разграничении конкретного и абстрактного. Кроме этого, у них наблюдаются ошибки, связанные с неправомерными обобщениями (использованием логически неоправданных параллелей для объяснения событий), неправильной атрибуцией собственной роли в происходящем и личной ответственности. Низкая способность больных к адекватной оценке степени потенциальной угрозы стрессовой ситуации и своих возможностей по совладанию с ней обуславливают выбор неадекватных вариантов реагирования.

Такие нарушения социальной перцепции как затруднения в оценке невербальных характеристик общения и речевой экспрессии, непонимание логики ситуации общения, неумение предвидеть развитие/последствия

межличностной ситуации, неспособность к прогнозированию оценки своего поведения окружающими обуславливают высокую стрессогенность ситуаций межличностного взаимодействия для этих больных.

Наиболее продуктивными копинг-механизмами являются проблемный анализ проявлений болезни и ее последствий, а также сохранение самообладания, активное сотрудничество в диагностическом и лечебном процессах, обращение за поддержкой в терапевтической и социальной среде, наличие оптимизма.

В процессе проведенного исследования было установлено, что больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного психоза, характеризуют низкая частота использования продуктивных копинг-стратегий, как когнитивных, так и поведенческих, а также преобладание дезадаптивных форм эмоционально-фокусированных копингов. При этом ни одна из групп больных, выделенных по типу отношения к болезни, не показала совокупности высоких показателей по всем трем видам продуктивных копинг-стратегий, что свидетельствовало о дисфункциональном характере репертуара используемых стратегий совладания. Бедность репертуара конструктивных паттернов совладающего поведения определяла низкую эффективность используемых адаптивных копингов в ситуациях фрустрации и увеличивала патогенность повседневных событий.

4.2. Особенности копинг-стратегий, выявленные при использовании методики Э. Хайма

Изучение результатов, полученных при проведении методики определения копинг-стратегий Э. Хайма, показало, что адаптивность в когнитивной сфере, проявляющаяся анализом трудностей, поиском путей выхода, повышением самоконтроля и самооценки, верой в собственные ресурсы, была свойственна лишь 14,6% больных (таблица 4). Адаптивные (или функциональные, т.е. помогающие быстро и успешно совладать со

стрессом) поведенческие копинг-стратегии, направленные непосредственно на разрешение проблемной ситуации, на конструктивное взаимодействие с социальным окружением и активный поиск помощи, использовались больными также недостаточно часто (21,4% наблюдений). При попытках справиться с трудностями целенаправленные усилия предпринимались ими лишь вынуждено, без энтузиазма, малоинициативно, и сопровождалось беспокойством, снижением настроения, а также частыми попытками переключиться на другие стратегии снижения фрустрирующего влияния события (псевдосовладающее копинг-поведение). Действия больных, направленные на преодоление проблем, сопровождалось высоким уровнем эмоционального напряжения, ощущением тревоги, угрозы, собственной беспомощности. Это отражало неуверенность в способности к самостоятельному разрешению проблемы, отсутствие достаточной четкости когнитивного анализа ситуации, а также несформированность навыков проблемно-решающего поведения в целом. В исследовании было также установлено, что к адаптивным эмоциональным копинг-стратегиям (переживание протеста, возмущения, противостояния болезни и её последствиям, а также уверенности в наличии выхода из сложной ситуации) прибегали лишь 23,6% больных.

Использование дисфункциональных (т.е. неспособных устранить дистресс или усугубляющих его) когнитивных копинг-стратегий было выявлено более чем в трети наблюдений (34,8%). К ним относились «отрицание» (отказ от осознания факта болезни, необходимости дальнейшего лечения и пр.), «отвлечение» (психологический «уход» от источника стресса через фантазирование, компьютерные игры), нежелание преодолевать трудности из-за неверия в свои силы, умышленной недооценки последствий неприятностей. Неадаптивные стратегии поведенческой сферы, предполагающие избегание мыслей, разговоров о неприятных событиях, изоляцию, отказ от активных действий, направленных на решение проблем, а также пассивное сопротивление побуждению к определенным усилиям,

отмечались в 41,6 % наблюдений. К непродуктивным эмоциональным копинг-стратегиям больные прибегали также почти в половине случаев (46,1%). Здесь дисфункциональность проявлялась либо чувствами безнадежности, покорности (капитуляцией перед трудностями), либо злостью на окружающих и «поиском виноватых».

И, наконец, почти в половине наблюдений (47,2%) было выявлено использование относительно функциональных (т.е. помогающих лишь в отдельных случаях или имеющих неопределенное влияние на уровень фрустрации) когнитивных копинг-стратегий, подразумевающих сопоставление своих трудностей с проблемами других людей, поиск помощи «свыше». К относительно продуктивным копингам в поведенческой сфере прибегали 37,0% больных. Сюда относились варианты, не связанные с активным копинг-поведением, и реализующиеся временным отходом от решения проблем, «дистанцированием». Среди эмоциональных относительно продуктивных стратегий совладания больными (30,3% исследуемых) демонстрировались: «поиск эмоциональной социальной поддержки» (т.е. ожидание сочувствия и понимания со стороны окружающих); «сдерживание/самоконтроль» (стремление скрыть от окружающих свои переживания); а также «эмоциональное отреагирование» и передача ответственности по разрешению своих проблем другим людям.

Таблица 4 -Характеристики копинг-стратегий (по методике Э.Хайма)

Копинг-стратегии	Характеристика	Тип отношения к болезни								Итого	
		Нормонозогностический		Гипонозогностический		Гипернозогностический		Диснозогностический			
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Когнитивные	Адаптивные	3	50,0	9	19,2	4	12,1	0	0	16	17,9
	Относительные	2	33,3	23	48,9	15	45,5	2	66,7	42	47,2
	Неадаптивные	1	16,7	15	31,9	14	42,4	1	33,3	31	34,9
<i>p=0,034</i>											
Поведенческие	Адаптивные	3	50,0	6	12,8	10	30,3	0	0	19	21,4
	Относительные	2	33,3	17	36,2	12	36,4	2	66,7	33	37,0
	Неадаптивные	1	16,7	24	51,0	11	33,3	1	33,3	37	41,6
<i>p=0,049</i>											
Эмоциональные	Адаптивные	4	66,7	11	23,4	5	15,2	1	33,3	21	23,6
	Относительные	0	0	16	34,0	9	27,3	2	66,7	27	30,3
	Неадаптивные	2	33,3	20	42,6	19	57,5	0	0	41	46,1
<i>p=0,151</i>											
Всего		6	100	47	100	55	100	3	100	89	100

Проведенное исследование выявило статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) в использовании когнитивных и поведенческих стратегий совладания и различия на уровне тенденции ($p > 0,05$) между выделенными типами отношения к болезни и применяемыми эмоциональными копинг-стратегиями.

Было установлено, что больные с нормонозогностическим типом отношения к болезни демонстрировали адаптационное поведение, близкое по соотношению используемых адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий к показателям, соответствующим возрастным нормам. Они значимо чаще прибегали к адаптивной когнитивной копинг-стратегии «анализ проблемы и поиск пути её решения» (50,0% наблюдений, $p < 0,05$), что сопровождалось более высокой встречаемостью поведенческих функциональных стратегий совладания «сотрудничество» (66,7%, $p < 0,05$) и, в трети случаев (33,3% наблюдений), адаптивного эмоционального копинга «оптимизм». Пациенты с данным типом отношения к болезни были в большей степени способны контролировать свои чувства и действия, более склонны к нахождению

поддержки в медицинской среде и в своем социальном окружении, а также характеризовались более высоким уровнем чувства ответственности. Иначе говоря, у них выявлялись все составляющие активного проблемно-решающего поведения.

Больными с гипонозогнозическим типом отношения к болезни непродуктивные когнитивные копинг-стратегии («смирение» [пассивное принятие случившегося], «растерянность») использовались в трети случаев (31,9% наблюдений). Относительно продуктивные, такие как «игнорирование», «сохранение самообладания», «диссимиляция» [преуменьшение значения] – почти в половине случаев (48,9% случаев) и продуктивные («проблемный анализ») – лишь в 19,2% наблюдений. Пациенты с данным типом отношения к болезни чаще ($p < 0,05$) использовали непродуктивные когнитивные и поведенческие стратегии совладания (31,9 и 51,0% соответственно). Профиль используемых ими дисфункциональных поведенческих стратегий совладания отличался высокой встречаемостью «активного избегания» (преимущественно в группе больных, перенесших первый приступ галлюцинаторно-бредовой структуры и демонстрирующих избегающий подтип гипонозогнозического отношения к болезни) и «отступления» (в группе больных с кататонно-бредовой структурой первого приступа и индифферентным подтипом гипонозогнозического отношения к болезни). Среди относительно функциональных поведенческих копинг-стратегий (36,2% наблюдений) у больных с данным подтипом отношения к болезни наиболее часто выявлялись «компенсация», «отвлечение» и «конструктивная активность». Больные, перенесшие первый приступ аффективно-бредовой структуры, с гипонозогнозическим типом отношения к болезни также прибегали к таким относительно адаптивным поведенческим копингам, как «обращение» и «альтруизм». Использование адаптивной поведенческой копинг-стратегии «сотрудничество» было установлено лишь в 12,8% случаев.

Среди непродуктивных эмоциональных стратегий совладания у больных с гипнозогнозическим типом отношения к болезни преобладали «подавление эмоций» и «агрессивность» (преимущественно у больных с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа), а также «покорность» и «самообвинение» (в группе больных, перенесших манифестный кататоно-бредовой приступ). Больные с аффективно-бредовой структурой первого психотического эпизода часто прибегали к таким дисфункциональным эмоциональным копинг-стратегиям, как «эмоциональная разрядка» и «самообвинение». Среди относительно функциональных эмоциональных копинг-стратегий у больных с гипнозогнозическим типом отношения к болезни (34,0% наблюдений) наиболее часто встречалось использование «пассивной кооперации». Использование продуктивных эмоциональных стратегий совладания («оптимизм») показали 23,4% больных с гипнозогнозическим типом отношения к болезни.

Больные с гипернозогнозическим типом отношения к болезни статистически чаще прибегали к непродуктивным когнитивным копинг-стратегиям (42,4%, $p < 0,05$) и лишь в 12,1% случаев использовали функциональные стратегии совладания. Искажения когнитивной оценки детерминировали увеличение субъективного значения стрессовых событий («катастрофизация»), а также их интерпретацию больными как неподдающихся влиянию и контролю. Следствием этого становилось преимущественное использование дисфункциональных поведенческих копинг-стратегий, таких как «избегание», и «отступление» (33,3% случаев), наряду с относительно продуктивными, такими как «компенсация» (попытки улучшить свое состояние с помощью алкоголя, наркотиков, еды, успокоительных средств, компьютерных игр и пр.) и «отвлечение» и «дистанцирование» (36,2% наблюдений). Обращение к недостаточно функциональным поведенческим копинг-стратегиям сопровождалось непродуктивными эмоциональными копинг-реакциями, такими как агрессия, самообвинение, безнадежность и отчаяние; и служило фактором дальнейшей

социально-психологической дезадаптации. Больные с данным типом отношения к болезни значимо чаще использовали неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии (в 57,5% наблюдений), реже других больных прибегали к продуктивным эмоциональным стратегиям совладания (лишь в 15,2% случаев, $p < 0,05$) и в 27,3% наблюдений использовали относительно адаптивные эмоциональные копинг стратегии.

У больных с диснозогностическим типом отношения к болезни использование продуктивных когнитивных и поведенческих копинг-стратегий не встречалось. Наиболее часто они прибегали к относительно функциональным стратегиям совладания (66,7% наблюдений) и, в трети случаев, к непродуктивным когнитивным и поведенческим копинг-стратегиям (33,3%). Все больные с данным типом отношения использовали адаптивную эмоциональную копинг-стратегию «оптимизм», однако, отсутствие адекватной оценки своего положения, когнитивного анализа и планирования поведения, направленного на совладание с фрустрирующей ситуацией, обуславливало дисфункциональность эксплуатации данного копинга.

Необходимо также отметить влияние особенностей клинической картины на выбор ведущей копинг-стратегии: использование «избегания» и «отступления» было особенно характерно для больных, состояние которых определялось апатоабулической симптоматикой, «покорность» и «самообвинение» - сопровождали состояния с расстройствами депрессивного регистра, а «игнорирование» и «диссимиляция» сопутствовали низкой критичности к своему заболеванию.

4.3. Особенности копинг-стратегий, выявленные при использовании опросника Р. Лазаруса

Для уточнения полученных данных о преимущественном использовании копинг-стратегий был проведен анализ копинг-поведения больных с применением копинг-теста Р. Лазаруса (таблица 5), позволяющего более подробно изучить использование отдельных паттернов копинг-поведения (конфронтация, положительная переоценка, планирование решения проблемы, самоконтроль, поиск социальной поддержки, дистанцирование, бегство-избегание, принятие ответственности). При этом показателями наиболее эффективной адаптации служили не качественные, а количественные показатели, определяющие гибкое, соответствующее ситуации, использование всего спектра копинг-стратегий. В описании результатов исследования рассматриваются данные только по «отклонениям» от нормы (т.е. случаям, когда больные слишком часто, не ориентируясь на внешние факторы, прибегали к использованию какой-либо копинг-стратегии, или, наоборот, мало или совсем не пользовались какой-либо стратегией совладания).

В целом, больные всех изученных групп ($p > 0,05$) характеризовались значительной частотой использования копинга «бегство-избегание» в качестве основной стратегии совладания (70,8% случаев). Больным, перенесшим первый эпизод юношеского психоза, вне зависимости от его психопатологической структуры были свойственны сомнения в возможности преодоления трудностей собственными силами, также склонность к субъективной оценке ситуации как неконтролируемой, и, соответственно, значительное снижение частоты встречаемости активных паттернов совладающего поведения.

Таблица 5 - Характеристики копинг-стратегий больных (по результатам копинг-теста Р. Лазаруса)

Копинг-стратегии	Частота использования	Тип отношения к болезни								Итого	
		Нормонозогностический		Гипонозогностический		Гипернозогностический		Диснозогностический			
		п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
«Положительная переоценка»	норма	3	50,0	19	38,3	10	30,3	2	66,7	34	38,2
	высокая	2	33,3	21	46,8	4	12,1	1	33,3	28	31,5
	низкая	1	16,7	7	14,9	19	57,6	0	0	27	30,3
$\chi^2=21,00 p=0,002$											
«Конфронтация»	норма	4	66,7	4	8,5	18	54,6	2	66,7	28	31,5
	высокая	1	16,7	34	72,3	1	3,0	1	33,3	37	41,6
	низкая	1	16,7	9	19,2	14	42,4	0	0	24	26,9
$\chi^2=45,50 p=0,000$											
«Планирование решения проблемы»	норма	3	50,0	14	29,8	9	15,2	1	33,3	27	30,3
	высокая	1	16,7	22	46,8	3	9,1	0	0	26	29,2
	низкая	2	33,3	11	23,4	21	63,5	2	66,7	36	40,5
$\chi^2=20,00 p=0,003$											
«Самоконтроль»	норма	3	50,0	19	40,4	12	36,3	2	66,7	36	40,5
	высокая	2	33,3	21	44,7	3	9,1	0	0	26	29,2
	низкая	1	16,7	7	14,9	18	54,6	1	33,3	27	30,3
$\chi^2=20,06 p=0,002$											
«Поиск социальной поддержки»	норма	3	50,0	16	34,1	6	18,2	2	66,7	27	30,3
	высокая	3	50,0	5	10,6	24	72,7	1	33,3	33	37,1
	низкая	0	0	26	55,3	3	9,1	0	0	29	32,6
$\chi^2=40,30 p=0,000$											
«Принятие ответственности»	норма	3	50,0	10	21,3	5	15,2	0	0	18	20,2
	высокая	2	33,3	6	12,8	5	15,2	0	0	13	14,6
	низкая	1	16,7	31	65,9	23	69,6	3	100,0	58	65,2
$\chi^2=8,51 p=0,20$											
«Дистанцирование»	норма	3	50,0	17	36,2	8	24,2	2	66,7	30	33,7
	высокая	2	33,3	29	61,7	7	21,2	1	33,3	39	43,8
	низкая	1	16,7	1	2,1	18	54,5	0	0	20	22,5
$\chi^2=34,40 p=0,00$											
«Бегство-избегание»	норма	4	66,7	10	21,3	3	9,1	1	33,3	18	20,2
	высокая	2	33,3	32	68,1	27	81,8	2	66,7	63	70,8
	низкая	0	0	5	10,6	3	9,1	0	0	8	9,0
$\chi^2=11,50 p=0,08$											
Всего		6	100	47	100	33	100	3	100	89	100

Обращение к копинг-стратегии «положительная переоценка» реализовывалось посредством совершения больными сознательных усилий для создания адаптивного значения стрессового события с акцентом на его особом значении, преодолении и самосовершенствовании (включая религиозные взгляды). Наибольшая частота использования данного копинга

встречалась у больных с гипонозогнозическим типом отношения к болезни ($p < 0,005$). С одной стороны, придание ими фрустрирующей ситуации субъективной позитивной окраски уменьшало дистресс и способствовало эмоциональному приспособлению к ситуации, с другой стороны, изменение отношения снижало активность использования проблемно-решающего копинг-поведения. Тем не менее, стратегия позитивной переоценки была в достаточной мере эффективной в ситуации госпитализации в связи с психотическим состоянием, характеризующейся неопределенностью, невозможностью контролировать, предсказать конечный результат. Реже всего к использованию «положительной переоценки» прибегали больные с гипернозогнозическим типом отношения к болезни (низкая частота использования в 57,6% случаев). Юноши, с нормонозогнозическим типом отношения к болезни прибегали к данному виду копинга более чем в половине случаев. Необходимо отметить, что реализация «переоценки» по бредовым мотивам детерминировала дисфункциональность обращения к этому варианту совладающего поведения. Также функциональность использования данного копинга ограничивал защитный характер когнитивных искажений, выявляемый в оценке больными фрустрирующей ситуации.

Использование конфронтационного копинга, то есть сознательных активных, настойчивых усилий по изменению ситуации, с готовностью к риску и предполагающие определенную степень агрессивности, реже всего встречались у больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни (низкая частота использования в 42,4% наблюдений, $p < 0,005$). Наибольшая частота использования данного копинга наблюдалась в группе больных с гипонозогнозическим отношением к заболеванию (высокая частота встречаемости в 72,3% наблюдений). Близкими к возрастной норме были показатели использования конфронтационного копинга больными с нормонозогнозическим типом отношения к болезни (66,7% случаев).

Необходимо отметить, что при нормальных значениях частоты использование этого варианта копинг-поведения психотическими больными, в силу частоты встречаемости избегания и отрицания, а также большого удельного веса реакций, неадекватных стимулу и реализуемому без учета содержания межличностного взаимодействия, также не всегда являлось вариантом функционального совладающего поведения. При этом именно направленность иррациональных установок в когнитивных схемах больных определяла выбор ведущей копинг-стратегии.

В некоторой степени это относится и к наиболее функциональному копинг-механизму «планирование решения проблемы», предполагающему когнитивную оценку события, анализ возможностей разрешения трудностей, оценку собственных ресурсов и выбор оптимального поведенческого паттерна. Обращение к данной стратегии находило отражение в следующих установках, вербализируемых больными: «сосредоточиваюсь на проблеме, анализирую ее», «думаю, как ее решить и что для меня самое главное в данной ситуации», «вспоминаю, как я решал эти проблемы раньше», «определяю план действий», «подбираю вариант решения», «старюсь собраться», «предпринимаю меры». Доминирующими способами совладания при этой стратегии являлись интеллектуальная проработка и анализ событий, а также когнитивные усилия, направленные на сохранение и поддержание собственной самооценки и самоуважения. Однако данный вариант совладающего поведения стоит рассматривать в контексте клинических особенностей больных, таких, как склонность к резонерству и пространственным рассуждениям, стремление к построению различных концепций и идей без обязательной их реализации в поведении. Часть исследуемых, реагируя на фрустрирующие ситуации активизацией именно интеллектуальной переработки, включавшей стремление проанализировать причины и следствия своих трудностей, одновременно оставались пассивными и беспомощными.

Было установлено, что больные с гипернозогнозическим и диснозогнозическим типами отношения к болезни демонстрировали более низкую частоту использования стратегии «планирование решения проблем» (63,4 и 66,7% наблюдений соответственно), чем больные с гипонозогнозическим типом отношения к болезни, среди которых только в 23,4% случаев были выявлены низкие показатели обращения к данному копингу ($p < 0,005$). Отмечено, что варианты решения проблем, рассматриваемые исследуемыми, были немногочисленными, зачастую отличались нереалистичностью, наивностью. Дисфункциональность использования данного копинга определялась также искажениями когнитивной оценки проблемы под влиянием рудиментарных бредовых, галлюцинаторных расстройств и аффективных расстройств.

Копинг-стратегия «Самоконтроль» реализовалась посредством целенаправленных усилий по регулированию своего эмоционального состояния (подавление эмоций) и поведенческих реакций. Наиболее часто к данному виду копинга прибегали больные с нормонозогнозическим и гипонозогнозическим типами отношения к болезни (низкие показатели в 16,7 и 14,9% наблюдений соответственно, $p < 0,005$). Недостаточное владение навыками самоконтроля демонстрировали большинство больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни (низкие показатели в 54,6% наблюдений).

Высокая частота использования больными с гипонозогнозическим типом отношения к болезни копинг-стратегии «самоконтроль» (высокие показатели в 44,7% случаев) в совокупности с недостаточным использованием копинг-стратегий, направленных на снижение эмоционального напряжения, таких как «поиск социальной поддержки» (низкие показатели в 55,3% наблюдений) и «выражение чувств», свидетельствовали о значительном уровне стресса, сопряженным с преимущественным использованием данной копинг-стратегии. При этом возможность осознания чувств и овладение навыками эффективной саморегуляции были ограничены.

Наиболее частое использование копинга «поиск социальной поддержки» (обращение за помощью, опора на инструментальные, эмоциональные и интеллектуальные ресурсы собственной социальной сети) было выявлено у больных с нормозогнозическим и гипернозогнозическим типами отношения к болезни (высокие показатели в 50,0% и 72,7% наблюдений соответственно, $p < 0,005$). В рамках этой стратегии поведение больных было направлено на установление доверительных отношений с врачом и иным медицинским персоналом, а также с родителями и сверстниками. При этом социальная поддержка использовалась как путем организованного руководства действиями больного, действенной конкретной помощи, так и посредством эмоциональной поддержки, участия в когнитивной оценке проблемной ситуации, совместного изучения вариантов разрешения проблемы. Однако чрезмерная эксплуатация делала данный вариант копинга дисфункциональным, способствуя формированию у больных убежденности в собственной несостоятельности, безуспешности самостоятельных попыток преодоления трудностей, и частому обращению к использованию копингов, характерных для более раннего возрастного периода.

Показатели обращения к копинг-стратегии «принятие ответственности» были близки к среднестатистическим значениями у больных с нормозогнозическим типом отношения к болезни (средние показатели в 50,0% случаев). Её использование определялось как способность признавать свою роль в происходящем и понимать важность личного осознанного активного участия в решении проблем, в том числе, готовность предпринимать целенаправленные действия, сфокусированные на совладании с болезнью. В целом, по частоте использования копинга «принятие ответственности» изученными больными значимых отличий выявлено не было ($p = 0,20$), характерная для данного возрастного периода низкая частота использования данного копинга была выявлена у 65,9% больных с гипозогнозическим типом отношения к болезни, у 69,6% - с гипернозогнозическим и у 100,0% - с диснозогнозическим. В ряде случаев

использование копинга «принятие ответственности» с гипертрофированной оценкой личного вклада в развитие ситуации было обусловлено влиянием рудиментарных галлюцинаторных, бредовых и аффективных расстройств. Например, встречаемость копинга «принятие ответственности» в группе больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни (15,2% наблюдений), определялась частотой сопутствующих расстройств депрессивного спектра с рудиментарными идеями собственной виновности. Больные других групп чаще были склонны приписывать причины событий внешним факторам, занимать пассивную позицию по отношению к возникшим проблемам, винить в создавшихся сложностях окружающих. В этих группах также встречалось искаженное представление о личной ответственности за происходящее, базирующееся на резидуальных паранойяльных конструкциях, идеях особой миссии, особых способностей, идеях греховности, умышленного причинения вреда.

Обращение к копинг-стратегии «дистанцирование» было установлено в пределах нормальных значений у больных с нормонозогнозическим типом отношения к болезни (50,0%), с высокой частотой встречалось у больных с гипонозогнозическим типом отношения к болезни (высокие показатели в 61,7% наблюдений) и с низкой – у больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни (низкие показатели в 54,5% случаев, $p=0,08$). Использование этой стратегии было отнесено к варианту пассивного совладающего поведения, позволяющего временно уменьшить эмоциональный дискомфорт. Данная копинг-стратегия – сложная по структуре, она сочетала в себе как механизмы продуктивных базисных стратегий «поиск социальной поддержки» в варианте «приближение» (уменьшение дистанции), так и реализацию дисфункционального копинга «избегание» в варианте «отдаление» (увеличение дистанции). Больные, перенесшие первый приступ кататоно-бредовой структуры, демонстрировали неспособность к гибкому, сознательному изменению дистанции межличностного взаимодействия с опорой на внешние факторы. Больным,

перенесшим психотический приступ галлюцинаторно-бредовой структуры, были свойственны затруднения при необходимости сокращения дистанции (например, при общении с членами их семьи, сверстниками). Больных, перенесших первый приступ аффективно-бредовой структуры, напротив, характеризовала склонность к слишком быстрому и/или чрезмерному сокращению дистанции (низкие показатели встречаемости данного копинга отмечены только в 10,9%, 5 наблюдений), коррелирующая с частым использованием копинга «поиск социальной поддержки». Исследуемым данной группы было присуще преувеличенное стремление находится в обществе других людей, тогда как больных, перенесших первый приступ кататоно-бредовой и галлюцинаторно-бредовой структуры, отличали гиперболизированная потребность в уединении, большей пространственной дистанции. В целом для больных, перенесших первый психотический приступ в юношеском возрасте, были характерны неспособность по собственной инициативе контролировать нежелательное общение, координировать свои действия с действиями окружающих из-за невозможности обсуждать и приводить в согласование личные намерения, поступки, ожидания и цели. Юношей отличали существенные затруднения при попытках регулировать приближенность окружающих, свою «открытость» и «закрытость» для влияния микросреды в зависимости от ситуации, осуществлять свободный выбор поведения при взаимодействии с социальным окружением.

Оценка показателей использования копинг-стратегии «бегство-избегание», проявляющейся в когнитивных (игнорирование мыслей о трудностях или преуменьшение их значимости) и поведенческих усилиях (действия, направленные на избегание столкновения с фрустрирующей ситуацией (избегающее поведение) и её последствиями), не показала различий между группами изученных больных ($p > 0,05$). Одинаково высокая частота её эксплуатации была выявлены у больных с гипо-, гипер- и диснозогностическими типами отношения к болезни (68,1, 81,8 и 66,7%

соответственно). Показатели использования данного копинга, близкие к возрастной норме наблюдались у преобладающего большинства больных с гормонозогнозическим типом отношения к болезни (норма - 66,7% случаев). Используемые больными в рамках реализации этой стратегии варианты «пассивное избегание» (отвлечение, диссимуляция) и «активное избегание» (отказ от активной позиции) в одинаковой мере свидетельствовали о снижении у больных мотивации к достижениям и достойному выходу из сложившейся ситуации. Обращение к копингу «бегство-избегание» характеризовалось низким уровнем осознания причин стресса, характера его воздействия, а также тенденцией к немедленному снятию эмоционального напряжения или реализации его в непосредственном поведении. Активное избегание («стараюсь больше есть», «бесцельно хожу», «пытаюсь заснуть»), как наиболее неблагоприятный вариант копинга, характеризовалось аутистическими тенденциями в поведении, оторванностью интересов от реальной ситуации и целесообразной необходимости. Усилия этих больных были направлены на избегание решения трудных жизненных ситуаций с одновременным игнорированием своих проблем и компенсаторным поведением в виде булимических или сомнолентных проявлений. Использование стратегии «бегство-избегание» в качестве основного варианта совладающего поведения способствовало формированию негативного представления о собственной личности с низким уровнем самосознания и самооценки. Это предопределяло повышенную уязвимость к стрессу и являлось диагностическим предиктором рецидивов заболевания и дезадаптивного поведения больных.

Таким образом, в ходе проведенного исследования были установлены как общие особенности репертуара копинг-стратегий больных, перенесших первый психотический приступ в юношеском возрасте, так и отличия, коррелирующие с выявленным у них типом отношения к болезни. Исследуемых больных в целом характеризовала наибольшая представленность паттернов «бегство-избегание», «дистанцирование»,

«поиск социальной поддержки» и наименьшая – активных паттернов проблемно-решающего поведения. Значительная частота использования «бегства-избегания» в качестве основной стратегии совладания, вероятно, была детерминирована выраженностью иррациональных установок в когнитивных схемах больных и их ригидностью. Это обуславливало активацию и высокую напряженность психологических защитных механизмов личности, направленных на сведение к минимуму осознания или даже отрицания потенциально фрустрирующей информации, фактического несоответствия представлений о себе и актуального опыта. Длительная эксплуатация данного копинга определяла мотивационную направленность на избегание неуспеха посредством ограничения целенаправленной и перспективно-ориентированной активности, а также пассивный, не конструктивный характер выбираемых способов преодоления трудностей, увеличивая уязвимость исследуемых больных. Было также отмечено, что попытки совладания, предпринимаемые юношами, преимущественно не были направлены на причину стрессора, а сводились к поиску способов редукции эмоционального напряжения, то есть последствий негативного влияния фрустрирующей ситуации. Это приводило к закреплению тенденции к немедленному снятию, избеганию эмоционального напряжения путем компенсации, отвлечения или дистанцирования.

Использование стратегии «бегство-избегание» также сопровождалось переживанием чувств вины, страха, неудовлетворенности, что еще более, в конечном счете, повышало уровень эмоционального напряжения. Регулярные копинг-ответы на стресс по типу «избегание» формировали копинг-стиль, определяющий психосоциальную дезадаптацию или адаптацию на более низком функциональном уровне, что являлось прогностически неблагоприятным фактором последующего выздоровления.

Помимо копинга «бегство-избегание» у больных, перенесших первый психотический эпизод, в группу стратегий совладания, определяющих высокий риск закрепления дезадаптивного в целом стиля поведения, входит

стратегия «отступление», использование которой может быть обусловлено наличием апато-ипохондрических, апатоабулических и астено-депрессивных расстройств на этапе становления ремиссии. Здесь необходимо отметить влияние и других особенностей клинической картины на выбор ведущей копинг-стратегии. Так, например, выявление «покорности» и «самообвинения» были характерны для больных с расстройствами депрессивного регистра, а «игнорирование» и «диссимиляция» сопутствовали низкой критичности к своему заболеванию.

Проведенное исследование показало, что копинг-стиль больных с нормозогнозическим типом отношения к болезни практически соответствует возрастным нормам использования отдельных стратегий совладания.

Адаптационное поведение больных с гипозогнозическим типом отношения к болезни, характеризовалось высокой частотой использования стратегий «бегство-избегание», «дистанцирование», «положительная переоценка» и «конфронтация», и низкой частотой использования копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности» относительно к другим стратегиям, а также средними показателями в использовании стратегий «планирование решения проблемы» и «самоконтроль».

Копинг-поведению больных с гипернозогнозическим типом отношения к болезни высокая частота использования стратегий «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки», низкие показатели встречаемости копинг-стратегий «положительная переоценка», «планирование решения проблем», «самоконтроль» и «принятие ответственности», а также средняя частота использования стратегии «конфронтация».

Совладающее поведение больных с диснозогнозическим типом отношения к болезни определялось высокой частотой использования стратегий «положительная переоценка», «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание», средними показателями частоты

использования стратегии «самоконтроль», относительно к другим стратегиям более низкой встречаемостью использования стратегии «поиск решения проблем», «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности».

Глава 5

Основные подходы и принципы проведения психосоциальных вмешательств в рамках комплексной терапии больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ

Комплексное ведение больных, перенесших первый психотический приступ в юношеском возрасте, предполагает сочетание психофармакологического лечения и, по мере купирования продуктивной психопатологической симптоматики, психосоциальных вмешательств, что обеспечивает благоприятный как клинический, так и социальный прогноз течения заболевания. Эффективность психосоциального лечения определяется дифференцированностью, направленностью на конкретные цели и клинической обоснованностью выбора используемых методов. Известные особенности постприступного периода, такие как когнитивные расстройства, аффективная лабильность, высокая напряженность защитных механизмов, характерные социально-психологические особенности юношеского возраста, а также выявленные в настоящем исследовании особенности субъективного отношения к болезни и преимущественно используемые юношами копинг-стратегии, делают обоснованным проведение психосоциальной работы, построенной на следующих основных принципах.

1. Обязательный учет основных психологических особенностей юношеского возраста (низкая директивность вмешательства, предпочтительность групповых форм, анонимность при обсуждении проблем).

2. Раннее включение больных в психосоциальную работу (на этапе угасания продуктивной психопатологической симптоматики).

3. Обязательное предварительное патопсихологическое обследование с целью уточнения характера, объема и природы когнитивных нарушений и подтверждения возможности участия больного в психосоциальной работе, а

также определение типа отношения к болезни, профиля ведущих копинг-стратегий и наиболее уязвимых сторон социального функционирования пациента.

4. Установление совместно с врачом-психиатром первоочередных задач и целей психосоциального вмешательства (повышение комплаентности, информированности, оживление социальных контактов, совладание с резидуальной симптоматикой, нормализация семейной среды и пр.), выделение основных мишеней коррекционной работы, определяющих дозирование и тактику вмешательства.

5. Соблюдение строгой организационной структуры проведения психосоциальных мероприятий, четкая, дозированная подача информации, защита от сверхстимуляции.

Возможно более раннее включение больных в психосоциальную работу (оптимально - на этапе угасания продуктивной психопатологической симптоматики и интеграции постпсихотической личностной структуры), обосновано началом формирования отношения к болезненным расстройствам, а также выбором ведущих стратегий совладания, создающих основы как последующей комплаентности, так и направленности сознательных усилий личности на преодоление проблем, связанных с болезнью.

Первым этапом психосоциального вмешательства, предваряющим вовлечение больных в психотерапевтическую работу, являлся этап диагностики, на котором помимо определения типа субъективного отношения к заболеванию и ведущих копинг-стратегий, используемых больным, проводилась оценка сохранных элементов мотивационной сферы, характера и степени социальной дезадаптации, возможностей оперативного и результативного контроля своей деятельности, уровня притязаний. Кроме этого, устанавливались особенности перспективного целеполагания, структура нормативно-ценностных представлений, уровень психической зрелости, ресурсы социальной сети больного.

Вовлечению больных в групповую работу (второй этап) предшествовали индивидуальные встречи с психотерапевтом (клиническим психологом), целью которых было установление терапевтического контакта с пациентом, предоставление ему информации о формах, методах и задачах психосоциального лечения, создание реалистичного образа возможностей данного вида вмешательств, а также формирование положительного отношения к комплексу психосоциальной работы.

На данном этапе осуществлялись выявление и коррекция характерных многим больным юношеского возраста активного или пассивного сопротивления, недоверчивого отношения к эффективности данного вида вмешательств, создание устойчивой мотивации к участию в психотерапевтической работе, стимулирование к формированию возможно более конструктивной, активной позиции в лечении. Еще одной задачей предварительной индивидуальной работы было определение индивидуального запроса, предполагающего анализ, «объективизацию» и, часто, переформулирование основной проблематики текущего момента. В процессе этой работы закладывались основы формирования большей адекватности личных представлений и ожиданий больного, системы его самооценок, картины желаемых достижений. Также подготовительная индивидуальная работа была сфокусирована на актуализации потребности повышения компетентности больного, как личностной, проблемно-ориентированной, так и социально направленной.

Собственно групповую работу с больными юношеского возраста отличали соблюдение строгой организационной структуры, неукоснительное следование принятым правилам, четкая структурированность проводимых вмешательств, гибкость в подборе наиболее важной для сообщения информации, её дозированная подача, защита от сверхстимуляции. Необходимость соблюдения этих принципов была продиктована известными патогенетическими особенностями психотического процесса (ограничения возможностей переработки информации, их дефицитарность, трудности

отсеивания ненужной информации, её адекватного кодирования, истощаемость, сниженная способность предвосхищать события, высокая потребность в безопасности среды, дефицит эмоционально дифференцированного восприятия в ситуациях межличностного взаимодействия, неуверенность в поведении, страх обнаружения собственной неадекватности).

Групповая психотерапевтическая работа проводилась с учетом ключевых особенностей юношеского возраста. Так, например, существенным отличием работы с исследуемым контингентом больных была достаточно низкая директивность воздействий, продиктованная учетом характерных реакций эмансипации (т.е. освобождения от контроля и опеки родителей, педагогов и др.) и таких возрастных ценностей, как стремление к независимости и самостоятельности, обуславливающих гипертрофированные эмоциональные и поведенческие реакции на действия взрослых, субъективно оцениваемые юношами как ограничение свободы, контроль за их поступками и поведением. Потребность в поддержке у больных этой возрастной категории в сочетании с потребностью в поддержании собственной автономности и независимости определяли достаточно директивный, но не доминирующий стиль ведения психотерапевтом групповой работы. Осуществлялась также поддержка выражения участниками группы своего отличающегося мнения, что способствовало становлению большей психологической независимости больных. Такая позиция не декларировалась как согласие врача во всем с интерпретацией событий больным, но и не наносила удара по самооценке, что способствовало дальнейшему обсуждению. На отдаленных этапах групповой работы стиль ведения группы становился менялся от более к менее директивному, способствующему формированию у больных более активной и ответственной позиции.

Большую эффективность и, соответственно, преимущественное использование групповых форм работ определяли характерные реакции группирования (высокая значимость роли/места в социальной группе,

характера взаимоотношений между членами группы, высокая ценность фактора принятия в среде сверстников, ощущения принадлежности к определенной социальной группе). Групповая форма проведения вмешательств позволяла использовать в качестве терапевтического фактора особое значение мнений, оценок сверстников для больных юношеского возраста. Еще одной особенностью групповой работы была - возможность опоры на терапевтический фактор эмоционального консонанса (распределение в группе единого эмоционального настроения), характерного для данного возрастного периода. В работе широко использовались методы «интерактивного» ведения групп: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни и связанных с нею чувств, возможность получения «обратной связи», сочувствия и осознания неуникальности собственных трудностей, положительное подкрепление адаптивных паттернов поведения. Использовались техники стимуляции взаимодействия между пациентами с помощью дискуссий и различных упражнений, а также поддержка психотерапевтом (клиническим психологом) продуктивных и прерывание не являющихся таковыми интеракций, интерпретация социально-неприемлемых вариантов поведения. Таким образом, основным терапевтическим фактором являлось взаимодействие в искусственной, управляемой микросоциальной среде, опосредованное общением, совместной деятельностью, включение в которую способствовало улучшению социальной перцепции.

Психотерапевтом проводилось исследование и анализ особенностей внутригруппового взаимодействия больного, с последующей интерпретацией его роли в дисгармоничных межличностных контактах, коррекцией неадекватных установок, обучение навыкам контроля своих патологических поведенческих паттернов, ведущих к социальной изоляции, стимулировались и поддерживались попытки больных опробовать и закрепить паттерны более открытого и уверенного поведения.

Таким образом, работа в группе позволяла эффективно корректировать установки больного на изоляцию, решать межличностные конфликты,

работать с отношением к болезни, самостигматизацией. Участники имели возможность получить эмоциональную и проблемно-ориентированную поддержку со стороны психиатра и группы, выработать адекватный стереотип поведения, освоить когнитивные навыки самоконтроля и регуляции социального поведения, приобрести и закрепить опыт конструктивного межличностного взаимодействия.

У юношей чувство принадлежности к группе способствовало формированию адекватной самооценки, стимулировало их к более активной позиции и принятию на себя большей ответственности за происходящее с ними.

Групповая психотерапия, актуализируя потребность юношей в вовлеченности в межличностные отношения, способствовала укреплению сохраненных частей его личности. Это достигалось и посредством реализации еще одной важной функции – получая поддержку, больные могли также оказать помощь и другим участникам группового процесса, и, тем самым, повысить уверенность в себе и собственных силах.

Таким образом, выбор групповых форм психотерапевтической работы был наиболее адекватным методом отвечающим целям восстановления нарушенных социально-коммуникативных навыков больных.

Принимались во внимание и психологические задачи ведущей деятельности подростково-юношеского возраста: адаптация к смене социальных требований и ожиданий (ребенок-взрослый), формирование собственной социальной сети, определение своей роли в релевантной группе сверстников, осваивание новых стратегий совладания с переходом к более взрослым формам копинг-поведения. Помимо обсуждения опыта болезни проводилась работа с наиболее актуальным для данного возрастного этапа кругом проблем. Это – отношения с родителями, сверстниками, девушками, выбор направления профессионального развития, способы преодоления трудностей и прочее. Высокую эффективность и приемлемость использования показали метод «анонимного обсуждения», когда предметом

дискуссии становилась история из жизни, поступки и решения какого-либо неизвестного (или остающегося анонимным) членам группы юноши, рассказанная психотерапевтом (медицинским психологом) или одним из участников группы. В ходе обсуждения выявлялись и совместно корректировались дисфункциональные убеждения, неадаптивные реакции, неоправданные поступки. Применялись методы поведенческой психотерапии, включающие «инсценировку», «когнитивные репетиции», элементы психодрамы - разыгрывание сцен, во время которых больные обучались адекватному реагированию и поведению в различных ситуациях.

Использование групповых форм работы также допускало дифференциацию заданий по сложности внутри одной терапевтической группы и разные формы участия больных в их выполнении (пассивное присутствие, индивидуальное выступление, свободная импровизация диалога и взаимодействие с партнером, участие в дискуссии), что делало ее адекватной задачам психотерапевтического вмешательства у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод.

Особенность групповых форм психотерапевтического вмешательства у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод, заключается в необходимости сопровождения индивидуальной работой, проводимой параллельно на всем протяжении групповой терапии.

Целью индивидуальных занятий становилось стимулирование целенаправленной активности больного и анализ особенностей формирующихся взаимоотношений, имеющихся стрессоров, а также факторов, препятствующих эффективной работе в группе. Кроме того, больному оказывалась помощь в выборе собственной линии поведения при взаимодействии с другими членами группы, происходило уточнение основных индивидуальных целей больного, которые могут быть реализованы на данном этапе групповой работы. Обсуждение с больным его восприятия происходящего в группе, его оценок, представлений о собственных успехах и неудачах, его собственной роли в характере складывающегося группового

взаимодействия способствовало большей осознанности опыта его взаимодействия в группе, формированию более реалистичных требований к себе и окружающим, развитию навыков когнитивной оценки и выбора адаптивного поведенческого паттерна, включая ситуации конфронтации, расхождения во мнениях, столкновения с отличающимися индивидуальными ценностями.

В некоторых случаях задачей индивидуальной работы являлось оказание экстренной, кризисной поддержки при нарастании психологического напряжения в связи с работой в группе. С этой целью осуществлялась интенсивная эмоциональная поддержка, использовались техники, позволяющие дезактуализировать аффективные реакции, осуществлялась коррекция дисфункциональных способов восприятия социального взаимодействия и системы самооценки. Во время индивидуальных сессий актуализировался положительный опыт больных в конструктивном преодолении стрессовых ситуаций при взаимодействии с другими людьми.

При проведении психосоциальной терапии использовались методики когнитивно-поведенческой терапии, эффективность использования которых у психотических больных подтверждена многочисленными исследованиями, психообразовательное вмешательство, проблемно-ориентированная психотерапия, тренинг социальных навыков, комплаенс-терапия, а также элементы арт-терапии. Все психотерапевтические вмешательства были адаптированы для применения в работе с больными юношеского возраста, перенесшими первый психотический приступ.

Основная цель использования психообразовательных методик – повышение комплаентности больного, а за счет этого - предупреждение повторных обострений и регостпитализаций. Эти цели достигаются поэтапным решением следующих задач:

- формирование адекватного отношения к болезни, имеющейся симптоматике и проводимой терапии;

- формирование критического отношения к своему состоянию, включая понимание разницы между личностными особенностями и симптомами болезни;
- формирование адекватной модели ожидаемых результатов лечения и его продолжительности с учетом особенностей клинической картины и социально-психологических индивидуальных характеристик;
- развитие активной личной позиции в совладании с болезнью;
- формирование навыков определения первых признаков обострения, появления побочных эффектов.

Работа проводилась на нескольких уровнях. Так, на рациональном (информативном) уровне - больные получали сведения о психических расстройствах. Объем и характер предоставляемой информации определялись как особенностями пережитого болезненного опыта, так и выявленными особенностями субъективного отношения к болезни, с тем, чтобы способствовать формированию персональной, максимально адаптивной модели объяснения перенесенного эпизода болезни.

В обсуждение включались следующие модули.

- Причины заболевания. Внимание больных было акцентировано на модели биопсихосоциальной уязвимости, с обязательным пояснением особой роли неблагоприятных социальных воздействий, средовых стрессоров в проявлении биологической предрасположенности.

- Проявления психических заболеваний.

- Медикаментозная терапия. Обсуждались проводимое лечение, основные и побочные действия препаратов, сроки наступления эффекта терапии, необходимая длительность лечения, недопустимость самостоятельной коррекции рекомендованной врачом схемы лечения и его отмены, важность подробного обсуждения с лечащим врачом изменений состояния и влияния медикаментозного лечения. Данный модуль включал коррекцию ожидаемых результатов и сроков лечения в сторону большей адекватности.

- Стигма. Работа начиналась с получения больным корректирующего эмоционального опыта уважительного, без элементов предвзятости отношения, поощрения принятия факта болезни без обвинения себя и окружающих. Основной этап работы был направлен на формирование представлений о разнице между проявлениями болезни и личностными характерологическими особенностями, а также между самоограничениями, основанными на искаженной внутренней модели болезни и реальными ограничениями, связанными с особенностями ведущей клинико-психопатологической симптоматики и проводимого лечения. Больные обучались адаптивным поведенческим паттернам межличностного взаимодействия в сфере обсуждения болезни или её проявлений.

- Основные причины рецидивов. Обсуждались проблемы отсутствия критики к симптомам болезни, недостаточного понимания своего состояния, низкого уровня комплаентности, а также пути, способствующие уменьшению рецидивов. Больные получали представление о природе происходящего с ними, обучались навыкам совладания с резидуальной психопатологической симптоматикой. Проводилась работа, ориентированная на формирование бóльшей стрессоустойчивости, включавшая привлечение тренинговых элементов, наблюдения, моделирования поведения и ролевых игр. В этот модуль также включалось обучение распознаванию когнитивных, аффективных, соматических признаков стресса и освоение техник релаксации, самоинструктирования и когнитивного рефрейминга (переструктурирования, позитивной реинтерпретации).

В рамках работы на поведенческом уровне больные совместно с врачом составляли индивидуальную программу мероприятий, направленных на выздоровление, «контроль над болезнью». На этом этапе было важно преодоление нереалистичных ожиданий в отношении сроков выздоровления и восстановление чувства «управления ситуацией», надежд на благополучие в будущем. Обсуждался личный опыт каждого больного, связанный с событиями, предшествовавшими или сопутствовавшими манифестации

психоза, выделялись стрессовые ситуации, особо значимые для каждого пациента, усугублявшие его неустойчивое психическое состояние. Таким образом, формировалось «знание ситуации», под которым понимается навык распознавания ситуаций и обстоятельств, провоцирующих ухудшение. Проводились консультации по вопросам структурирования времени, допустимого уровня психоэмоциональных нагрузок. Поощрялось ведение больными дневника, в котором они отражали динамику своего состояния и реакции на фрустрирующие ситуации.

Использование в работе арт-терапевтических техник предполагало применение методик изобразительного творчества или иных форм визуальной экспрессии с психотерапевтической целью. Эта форма терапии позволяла больным визуализировать свои переживания, максимально деликатно подводя их к рефлексии. Изобразительная деятельность давала возможность больным выразить свои переживания и, в какой-то мере, осознать их, а также стимулировала их эмоциональность, социальную активность, способствовала оживлению коммуникаций. Арт-терапевтические техники отличали существенные преимущества в работе с негативными эмоциональными состояниями и возможности для создания и закрепления положительных эмоциональных состояний пациента.

Дифференцированного подхода к проведению психотерапевтического вмешательства требовали также выявленные в ходе исследования различия: тип отношения к заболеванию и характер преимущественно используемых стратегий совладания.

Основным методом психотерапевтического вмешательства у больных с *нормозогностическим* типом отношения к болезни были психообразовательные занятия. Работа начиналась с формирования чувства общности в группе (объединение участников со сходным опытом) и поощрения принятия факта психического заболевания без обвинения себя или других. Предоставляемая пациентам информация о болезни включала следующие модули: причины заболевания (с акцентом на модели

«уязвимость-стресс-заболевание»), проявления психических заболеваний, психофармакологическое лечение (время наступления эффекта, необходимая продолжительность лечения, опасность самостоятельной отмены лекарств, необходимость обсуждать с врачом влияние медикаментозного лечения), стигма (разделение самоограничений и ограничений, накладываемых проявлениями болезни), основные причины рецидивов и меры по их предотвращению. Обсуждался индивидуальный опыт каждого больного в связи с событиями, предшествовавшими или сопутствовавшими манифестации психоза. Проводились обучение распознаванию ранних признаков ухудшения состояния (обострения заболевания), побочных эффектов принимаемых лекарств, а также их отличию от проявлений собственно заболевания. Больным предоставлялась необходимая информация о видах, этапах и сроках лечения, уровне допустимых нагрузок, факторах, способствующих и препятствующих наиболее полному выздоровлению. Несмотря на достаточно полное и рациональное представление о болезненной природе происходящего с ними, эти пациенты испытывали значительные трудности в дифференциации проявлений болезни и личных характерологических особенностей. Они были в значительной мере мотивированы к получению возможно более полной информации о заболевании, его последствиях и способах лечения, а также обретению ощущения своего рода «контроля» над болезнью. Этим больных характеризовала активная позиция и заинтересованность в получении навыков проблемно-решающего поведения. Терапевтическим фактором участия в групповой работе для этих больных являлась принадлежность к безопасной, суппортивной групповой обстановке, предполагающей наличие четких, неукоснительно соблюдаемых правил. Лечебную роль также играл характер организуемых внутригрупповых взаимодействий: взаимоотношения между участниками группы и ведущими предполагали доброжелательность, сочувствие, взаимное уважение, а также поддержку независимости.

Основной задачей начального этапа коррекционного вмешательства у больных с *гипонозогностическим* типом отношения к болезни было вовлечение их в групповую психотерапевтическую работу, создание положительной мотивации к участию в реабилитационных мероприятиях. Учитывая значимость недостаточно полного осознания болезненности своего состояния в качестве защитного механизма и высокую напряженность механизмов «бегства-избегания», в этом случае психообразовательные методики не использовались в качестве первой и основной техники вмешательства. Особое значение придавалось методикам когнитивной терапии, дающим возможность работы с тяжелыми чувствами, в том числе вызванными госпитализацией – растерянностью, беспомощностью, страхами (включая страх последствий неправомерного поведения, пребывания в психиатрическом стационаре и т.п.). Основными терапевтическими факторами здесь выступали принадлежность к поддерживающей групповой атмосфере, возможность выражения и обсуждения собственных чувств, освоения проблемно-ориентированных стратегий совладания, навыков уверенного поведения. Использование арт-терапевтических методик на первых этапах работы позволяло больным самостоятельно регулировать степень вовлеченности в психотерапевтическую работу в соответствии с их личной потребностью в психологической безопасности и с учетом индивидуального уровня психоэмоционального напряжения.

В терапии юношей с индифферентным подтипом данного вида отношения к заболеванию использовались в первую очередь мотивационные элементы комплаенс-терапии, дополнительные индивидуальные сеансы психотерапевтической работы, выполняющие роль внешнего побуждения к участию в реабилитационной работе, а также арт-терапевтические техники, облегчающие коммуникацию и способствующие оживлению эмоциональных реакций. Использование арт-терапевтических техник позволяло больным более дифференцированно подойти к пониманию своих переживаний, посредством работы на невербальном, метафорическом уровне, а также

получить поддержку и «обратную связь» от группы, закрепить адаптивные паттерны межличностного взаимодействия. Последующее присоединение психообразовательных и проблемно-ориентированных методик в форме групповых дискуссий позволяло этим больным посредством идентификации перейти от размытого, неопределенного образа своего болезненного состояния к более четкому представлению, с опорой на фактические данные.

Для больных с избегающим подтипом отношения к болезни на этапе начала психотерапевтической работы было важно участие в групповой арт-терапевтической работе, позволяющее уменьшить эмоциональный дистресс, определяющий высокую напряженность механизмов психологической защиты. Одновременно с этим больные постепенно включались в проблемно-ориентированную групповую работу, сфокусированную на общих проблемах (конфликты с родителями, взаимоотношения со сверстниками и т.п.) с последующим вовлечением их в участие в групповых дискуссиях, способствующих формированию большей степени осознания болезненной природы происходящего с ними. Здесь манипулирование субъективным отношением к заболеванию осуществлялось как посредством пассивного участия больных в обсуждении другими участниками группы психопатологической симптоматики и переживаний, связанных с госпитализацией и необходимостью лечения, так и путем поощрения идентификации с высказываниями других больных, воспроизведения их поведенческих паттернов самопредъявления. Низкая комплаентность больных с данным типом отношения к болезни определяла максимальную гибкость и деликатность в обсуждении и трактовке симптоматики, а также делала необходимым обязательное включение членов семьи в психообразовательную работу.

У больных с прагматическим подтипом гипонозогнозического отношения к болезни наибольшую эффективность показало психообразовательное вмешательство, направленное на коррекцию их отношения к перенесенному состоянию и проводимому лечению, посредством информирования, а также

снижения уровня самостигматизации и внутренней конфликтности за счет понимания причин заболевания. Когнитивно-поведенческие техники использовались в терапии этих больных для формирования навыков рационального планирования активности, учитывающего особенности текущего состояния и необходимого лечения, формирования представлений об опасности чрезмерного психоэмоционального напряжения, переутомления, а также обучения маркировке этих состояний. Комплаенс-терапия у пациентов с данным типом отношения к болезни проводилась с учетом их стремления к сохранению или восстановлению социального и профессионального статуса. Основными её задачами являлись дестигматизация лечения, выявление и коррекция иррациональных установок в отношении проводимой психофармакотерапии, а также информирование и формирование представлений о риске преждевременной отмены медикаментозного лечения.

Для больных с *гипернозогностическим* типом отношения к болезни наиболее эффективной оказалась когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на развитии навыков проблемно-ориентированного поведения и обучении когнитивным, эмоциональным и поведенческим стратегиям самоконтроля и саморегуляции, совладания с тревогой и эмоциональными колебаниями (навыки контроля аффекта). Целью начального этапа психотерапии у больных этой группы было формирование понимания естественных психологических реакций, общих для всех людей (нормализация эмоционального материала), представлений о влиянии чувств на поступки, представления и фантазии, об отличии чувств от действий. Здесь использовались такие техники когнитивно-поведенческой терапии как выявление и коррекция дисфункциональных убеждений, негативного селектирования, аспектов поляризованного мышления, распознавание негативных автоматических и ложных представлений, а также обучение маркировке стрессоров, которые ведут к изменению восприятия, убеждений и мотивации. Проводилась работа, направленная на коррекцию склонности к

кумуляции отрицательных переживаний и фиксации внимания на неудачах; к сужению временной перспективы, за счет фиксации на прошлых «успехах», «взлетах» и на своей несостоятельности в настоящем при игнорировании возможности положительных сдвигов в будущем. Больные расширяли спектр возможных способов разрешения сложившейся неблагоприятной ситуации, обучались способам усиления продуктивного контроля своего поведения и эмоционального реагирования. В процессе работы осуществлялось побуждение пациентов к исследованию своего восприятия окружающего с возможностью дальнейшей коррекции ошибок субъективной оценки, в том числе с помощью получения «обратной связи» от группы. Процесс обучения и исследования проводился в искусственно созданных условиях «защищенной среды», обеспечивающей как обратную связь, так и взаимную поддержку. Основу выбора решений больными составлял интерактивный процесс. В группе вырабатывались «нормы» взаимоотношений, предлагались к обсуждению несколько решений, выбор которых соответствовал сложности структуры социальных отношений. Реализовывалось обучение больных методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Юноши тренировались в использовании ступенчатой модели решения проблемы, включавшей следующие стадии: идентификация проблемы, поиск возможных альтернативных решений, определение «за» и «против» при каждом из решений, выбор оптимального решения, использование его на практике. Формировался навык распознавания и маркировки обращения к дезадаптивным стратегиям совладания (уход от проблемы, социальное устранение, непродуктивные обвинения и самообвинения), выбора адекватных ситуации продуктивных копинг-стратегий (решение проблем, положительная переоценка, опора на социальные контакты и т.д.). Закрепление использования этой модели позволяло снизить частоту защитного избегания фрустрирующих ситуаций, отказов от попыток решения проблем.

У больных с выявленным уязвимым подтипом отношения к болезни психообразовательное вмешательство проводилось с акцентом на формировании адекватного эмоционального отношения к болезни (включая реалистичную оценку причин, прогноза заболевания), уменьшении эмоционального резонанса, вызванного фактом госпитализации. Корректировались искажения когнитивных схем, интерпретирующих ситуацию как безнадежную и не поддающуюся контролю, а также формировалось понимание больными значимости их собственной активной позиции в отношении лечения. Использование групповых форм работы способствовало дезактуализации значения оценки окружающих и снижению уровня самостигматизации. Применение техник когнитивной терапии было сфокусировано на повышении толерантности к фрустрирующим ситуациям, развитии способности к разностороннему анализу трудных ситуаций, в том числе посредством обучению навыкам редукции эмоциональной составляющей.

У больных с претенциозным подтипом гипернозогнозического отношения к болезни основной мишенью терапии являлось формирование навыков обращения за помощью, конструктивного сотрудничества, в том числе, посредством интерпретации рентных установок, пресечения манипулятивного поведения, совладания с чувствами беспомощности, отчаяния, а также актуализация активной, проблемно-ориентированной личной позиции в отношении лечения, коррекция регрессивных ролевых паттернов поведения. Терапевтическим фактором групповой работы для этих больных являлось также формирование навыков внимательного отношения к потребностям и мнениям других участников группы, навыков продуктивного совладания в ситуациях конкуренции, способам адаптации своих потребностей к условиям среды.

Психообразовательное вмешательство у больных с ипохондрическим подтипом гипернозогнозического отношения к болезни было направлено на информирование, сфокусированное на различении симптомов, побочных

эффектов, а также выявление и коррекцию иррациональных установок в отношении течения заболевания, проводимого лечения. Когнитивно-поведенческая терапия использовалась для обучения техникам саморегуляции, снижения фиксации на контроле минимальных изменений самочувствия.

Для больных с *диснозогностическим* типом отношения к болезни основными мишенями комплаенс-терапии и психообразовательного вмешательства являлись формирование навыка распознавания симптомов психических расстройств, коррекция имеющихся когнитивных искажений относительно своего состояния и лечения. Эти цели достигались посредством информирования, участия в групповых дискуссиях, идентификации с другими участниками группы.

После завершения групповой работы также проводились несколько завершающих индивидуальных сессий с целью закрепления ориентации больного на практическое использование приобретенного опыта и навыков. Подчеркивались успехи, достигнутые им в процессе групповой терапии, и закреплялась положительная мотивация к различным видам психологической поддержки.

Необходимо также отметить, что изменения субъективного отношения к заболеванию, формировавшиеся на фоне становления ремиссии и в ходе проводимой комплексной терапии, определяли гибкость подхода к выбору используемых методов лечения, с возможной коррекцией как структуры психотерапевтического вмешательства, так и, в ряде случаев, психофармакологического подхода.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в лечении больных юношеского возраста психотерапевтическое вмешательство, осуществляемое в рамках реализации комплексного подхода к терапии психотических состояний, играет особую роль. Отмечено, что купирование острой продуктивной психопатологической симптоматики не всегда обеспечивало функциональное выздоровление, а психофармакологические

методы лечения недостаточно эффективны в отношении коррекции уровня комплаентности и известной склонности больных к социальной изоляции, факторов, прогностически значимых как для дальнейшего течения заболевания, частоты последующих обострений, так и для развития последствий перенесенного психотического приступа, их характера и степени выраженности. Это являлось особенно важным для больных юношеского возраста, поскольку им свойственна повышенная уязвимость в отношении формирования осложнений социального и психологического характера.

Искажения, приносимые эндогенным процессом в развитие происходящего в этом возрастном периоде формирования эгоидентичности, становления самосознания, паттернов социального функционирования, механизмов адаптации на взрослом уровне, роста самостоятельности и сепарации от родительской семьи, несформированность компенсаторных механизмов, неадаптивное возвращение к детским стратегиям совладания создают почву для более глубокого поражения постпсихотической личности, выраженной деформации дальнейшего социального функционирования. В то же время, незавершенность процессов становления личностных психологических черт, мировоззренческих установок, системы отношений, ценностных убеждений и представлений, свойственная юношескому возрасту детерминирует недостаточную гибкость и пластичность перечисленных выше структур, что, в свою очередь, определяет высокую продуктивность своевременно назначенного целенаправленного психотерапевтического вмешательства.

Выбор групповых форм работы в качестве основных был продиктован учетом характерных для юношеского возраста черт: склонности поддаваться настроениям группы, потребности в поддержке, значимость впечатления, производимого на окружающих, особенно сверстников, а также определяющее значение их оценки и отношения на формирование у юноши представлений о себе и выбор паттернов поведения, внушаемости, известной

конформности (тенденции к некритическому принятию идей, суждений и готовность перенимать привычки, модели поведения значимых или более успешных окружающих (реакции имитации), усиленные низким уровнем осведомлённости, эмоциональным возбуждением (или, наоборот, утомлением), пребыванием в стрессовой неопределенной ситуации, а также переживанием собственной несостоятельности, неуверенностью в себе, процессуальными когнитивными нарушениями с недостаточной способностью к оценке ситуации, замедлением темпа психической деятельности, в том числе на фоне приема лекарств, а также повышенные на фоне стресса, эмоционального возбуждения).

Подытоживая сведения, представленные в данной главе, следует отметить, что проведенное исследование показало необходимость индивидуального подхода к назначению психосоциального лечения больным юношеского возраста аналогично назначению психофармакологической терапии, основанному на оценке ведущей симптоматики, нозологической принадлежности расстройства, учитывающему возраст больного и этап течения заболевания. Психосоциальная терапия должна проводиться строго по показаниям, согласно установленным психотерапевтическим мишеням, а также с обязательным учетом возрастной специфики (психологических черт, особенностей потребностной, мотивационной сфер, отличий в характере и содержании межличностных взаимоотношений, паттернах социального взаимодействия). Актуальные задачи психосоциального вмешательства необходимо определять совместно с врачом-психиатром. «Дозировка», интенсивность и характер осуществляемых вмешательств, а также последовательность использования отдельных модулей психосоциального лечения должны корректироваться в соответствии с динамическими изменениями клинических характеристик состояния больного и по мере решения основных задач, актуальных для текущего этапа становления ремиссии.

Включение психосоциальных вмешательств в комплексную терапию больных целесообразно проводить на этапе купирования острой психопатологической симптоматики, когда появление критического отношения к перенесенному психотическому приступу инициирует процессы становления личного отношения к болезни, проводимому лечению и факту госпитализации, а также происходит первоначальный выбор стратегий совладания. Максимальная результативность коррекционных вмешательств в структуре комплексного лечения больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, обеспечивается назначением психосоциальных методов лечения на раннем этапе становления ремиссии. Наиболее эффективными на данном этапе оказались методы, направленные на изменение неадекватного субъективного восприятия болезни и коррекцию дисфункционального стиля совладающего поведения. Своевременное назначение целенаправленного, патогенетически обоснованного психосоциального лечения, проводимого преимущественно в групповом формате с использованием техник когнитивно-поведенческой, арт-терапии, психообразовательного подхода и обучающих тренингов с элементами психодрамы, гештальт-терапии и методов динамически-ориентированного подхода, способствовало достижению более высокого уровня комплаентности, освоению навыков саморегуляции и проблемно-решающего поведения, закреплению опыта их использования, а также обеспечивало рост социальной компетентности больных и снижение выраженности самостигматизии.

Таким образом, проведенное исследование показало необходимость включения психосоциального вмешательства в комплексную программу лечения больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, с целью достижения оптимального уровня их дальнейшего социального и профессионального функционирования, улучшения качества жизни, формирования активной позиции в лечении и мотивации к активному участию во внебольничных реабилитационных программах.

Заключение

Клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод, проведенное на основе изучения 89 больных мужского пола, позволило разработать типологию субъективного отношения к болезни, выявить закономерности выбора ими преимущественно используемых стратегий совладания, а также установить особенности проведения психосоциального вмешательства в структуре их комплексного лечения.

В настоящее время многие исследователи указывают на необходимость психосоциального вмешательства в комплексной терапии психотических пациентов (Гаврилова Е.К. и соавт. [24]; Каледа В.Г. [56]; Ястребов В.С. и соавт. [126]; Dixon L.V. et al. [171]). Адекватность выбора стратегии психотерапевтического лечения и своевременность его начала являются важными факторами, определяющими уровень комплаентности больных, вероятность возникновения осложнений и обострений болезни, а также степень социального восстановления больных и функционального исхода (Коцюбинский А.П. [69]; Marshall M. [238]). Широкое распространение многочисленных техник подобной работы делает особенно актуальным вопрос дифференцированного и обоснованного назначения того или иного метода с учетом возрастного фактора для лечения различных групп больных (Скляр С.В. [110]; Malla A. et al. [236]). Оптимальным периодом для начала психотерапевтической работы считается этап становления ремиссии, когда происходит формирование отношения к болезни и закладываются основы приспособительного поведения (Гурович И.Я. и соавт. [32]; Harris M. et al. [201]).

Установлено, что формирование адекватной критической оценки больными своего состояния не всегда коррелирует с высоким уровнем симптоматической стабилизации состояния, а её коррекция требует комплексного подхода к лечению больных (Иржевская В.П. [47]; Albert N.

[129]). Полученные в результате исследования данные соответствуют представленным в литературе сведениям о широком спектре взглядов больных на имеющееся у них заболевание, а также о специфике субъективного восприятия ими своего состояния, его последствий и необходимого лечения (Коцюбинский А.П. [68]).

При этом существенное влияние на степень адекватности восприятия болезни оказывает число перенесенных приступов (Малышева Н.В. [89]). Наибольшей встречаемостью искаженного отношения к болезни характеризуется первый психотический приступ, возникновение которых в большинстве случаев приходится на юношеский возраст (Шмаонова Л.М. [114]).

Как показано Н.Б. Лютовой [75], юношеский возраст, в силу недостаточной сформированности представлений о собственной личности и выраженной зависимости от взглядов окружающих, представляется особенно уязвимым в отношении самостигматизации фактом наличия болезни и госпитализации, а также необходимостью длительного поддерживающего лечения психотропными препаратами.

В процессе проведенного исследования были выявлены общие особенности субъективного отношения к болезни, обусловленные психобиологическим влиянием пубертатного возраста, а также существенные различия, коррелирующие с психопатологической структурой первого приступа. Исследуемые больные в большинстве случаев демонстрировали субъективное восприятие своего состояния, не соответствующее объективной клинической картине. Их отношение к перенесенному психотическому эпизоду характеризовалось высокой гетерогенностью, представляющей континуум состояний от полного отрицания больным наличия у него психического заболевания, до принятия роли тяжелобольного. Было выделено четыре основных типа отношения к болезни пациентов, перенесших первый приступ юношеского эндогенного психоза:

нормозогнозический, гипозогнозический, гипернозогнозический, диснозогнозический.

Нормозогнозический тип отношения к болезни (6,7%, 6 чел.), характеризующийся относительно высоким уровнем осознания болезни, был выявлен у нескольких больных II (пернесших приступ галлюцинаторно-бредовой структуры) и III групп (пернесших первый аффективно-бредовой приступ). Оценка этими пациентами своего состояния довольно точно соответствовала объективной клинической картине, уровень комплаентности у них был достаточно высоким. Они демонстрировали наличие адекватной модели своего заболевания и ожидаемых результатов терапии, пунктуальность в соблюдении врачебных рекомендаций.

Гипозогнозический тип отношения к болезни (52,8%, 47 чел.) был выявлен у значительной части больных: в большинстве наблюдений у больных I группы (пернесших приступ кататоно-бредовой структуры); более чем в половине наблюдений у больных II группы, и менее, чем в четверти случаев – в III группе. Эти пациенты были склонны к диссимуляции психопатологической симптоматики, недооценке тяжести своего состояния и последствий заболевания, сомнениям в необходимости проводимой терапии. Они объясняли свое состояние воздействием внешним факторов или личностными особенностями, демонстрировали убежденность в благоприятном исходе. Часть больных демонстрировала критическое отношение к отдельным симптомокомплексам, а также к периоду неправильного или агрессивного поведения. Уровень комплаентности у этих больных был невысоким. При данном типе отношения к болезни было выявлено три подтипа – индифферентный, прагматический и избегающий (7,8%; 22,5%; 22,5% наблюдений соответственно).

Для *индифферентного* подтипа были характерны безразличие больных к своему состоянию, результатам лечения, пассивность, убежденность в том, что «врачи и родные преувеличивают тяжесть заболевания». Данный подтип

был выявлен у большей части исследуемых I группы и у небольшого числа больных III группы.

Прагматичный подтип отношения к болезни наиболее часто встречался у больных II группы, был мало представлен в III группе исследуемых и не был выявлен среди больных I группы. Характерной чертой данного подтипа являлось избирательное отношение к лечению со стремлением пациентов продолжить обучение (вернуться к работе) и сохранить свой преморбидный социальный статус. Это делало больных недостаточно внимательными к ограничениям, накладываемым проявлениями болезни и лечением, приводило к частым нарушениям врачебных рекомендаций и определяло низкий уровень комплаентности. В качестве основных болезненных проявлений эти пациенты предъявляли жалобы на диссомнические и вегетосоматические расстройства, тогда как наиболее яркие психопатологические проявления болезни описывались крайне неохотно и неопределенно.

Избегающий подтип характеризовался склонностью к отрицанию или преуменьшению значения заболевания и его последствий, а также частым нарушениям врачебных рекомендаций, вплоть до отказа от лечения. Указанный подтип отношения к болезни был выявлен во всех трех группах исследуемых, при этом с наибольшей частотой - у больных I группы. Больных отличала тенденция рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний, последствия «нервного срыва», переутомления или случайных колебаний самочувствия, а также построение дальнейших планов без учета особенностей своего состояния, длительности необходимого поддерживающего лечения.

Гипернозогностический тип отношения к болезни (37,1%, 33 чел.) характеризовался субъективным восприятием болезни несоразмерным объективно наблюдаемым психопатологическим проявлениям, склонностью к пессимистической оценке как своего нынешнего положения, так и дальнейших перспектив даже при объективно удовлетворительных результатах проводимого лечения и благоприятном прогнозе. Данный тип

отношения к болезни был диагностирован в большинстве случаев у больных III группы, среди больных I группы встречался в единичных случаях, и редко – во II группе больных. Преобладание гипернозогнозического типа в группе больных, перенесших приступ аффективно-бредовой структуры, вероятно, определялось наиболее полным осознанием болезненной природы происходящего исследуемыми этой группы, а также высокой частотой постпсихотических депрессий. Этот тип отношения к болезни объединял следующие подтипы – уязвимый, претенциозный, ипохондрический (18,0%; 14,6%; 4,5% случаев соответственно).

Уязвимый подтип характеризовали склонность больных к переоценке тяжести своего состояния, сверхудрученность болезнью. Критическая оценка перенесенного психотического эпизода у этих больных была достаточно полной и реализовалась преимущественно в тревожных размышлениях о невозможности полного восстановления, высоком риске повторного приступа, а также страхом перед неблагоприятным влиянием лекарств на когнитивные способности, организм в целом. С клинической точки зрения состояние больных определялось активными депрессивными высказываниями, ангедонией, фиксацией на мыслях о безысходности своего положения, бессмысленности лечения, его неизбежных осложнениях, скором ухудшении состояния, часто – с жалобами на выраженную тревогу. У них часто отмечались тягостные ощущения собственной измененности, гиперчувствительность к оценке окружающими факта госпитализации, самостигматизация и стигматизация приемом нейролептиков. Что соответствует данным, опубликованным в работе О.А. Гонжал (2006). Положительная установка на лечение у этих больных сочеталась с сомнениями в правильности проводимого лечения и противоречивым, порой паническим неверием в его эффективность. Для них была характерна сверхзависимость от близких, преувеличенная беспомощность в быту, поиск особой заботы и опеки. Одновременно с этим больные были склонны

стесняться своего заболевания, а также обвинять окружающих в своем состоянии, в предвзятом отношении.

Больных с *претенциозным* подтипом отличали «принятие» болезни и поиск выгоды в связи со своим состоянием. Им были свойственны склонность к драматизации, аггравации болезненных проявлений и дискомфорта, вызванного побочными действиями лекарств, ожидании повышенной опеки со стороны окружающих. Эти пациенты стремились привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, восхищение стойкостью, с которой они переносят тяготы болезни и лечения, а также подчеркнуть исключительность своего состояния, уникальность проявлений болезни.

Наличие сенестопатических или сомато-вегетативных расстройств в клинической картине постприступного периода создавало предпосылки для формирования *ипохондрического* подтипа гипернозогностического типа отношения к болезни. Этим больным были свойственны фиксированность на неприятных физических ощущениях с преувеличением их выраженности, вплоть до полной поглощенности ими, постоянный контроль малейших изменений в самочувствии, с ограничением или полным исключением иной, не связанной с ипохондрическими переживаниями деятельности, а также выраженный страх перед побочными действиями лекарств, их негативным влиянием.

Диснозогностический тип (3,4%) отношения к болезни был выявлен у трех исследуемых III группы. Не отрицая факта наличия у них психического расстройства, эти больные демонстрировали убежденность, что эйфоричный фон настроения в сочетании с идеаторным и двигательным возбуждением и высокой самооценкой - это их естественное, нормальное состояние. Они были склонны расценивать ровный фон настроения как проявление депрессии и приписывали ухудшение состояния лечению, что зачастую приводило к отказу от приема медикаментов.

Проведенное исследование также показало, что у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический приступ, субъективное

отношение к болезни определяло выбор преимущественно используемых копинг-стратегий. Сознательные усилия больных (копинг-стратегии), направленные на устранение или уменьшение влияния стресса, каковым является госпитализация и осознание наличия психического расстройства, признаны современными авторами фактором, влияющим на дальнейшее течение заболевания, предотвращение рецидивов, уровень социальной и профессиональной адаптации больных (Гурович И.Я. и соавт. [35]; Haller C. et al. [199]).

Анализ данных, полученных в ходе проведенного исследования, показал, что больных, перенесшие первый психотический приступ в юности, характеризуют низкая частота использования адаптивных когнитивных и поведенческих копинг-стратегий, и преобладанием дезадаптивных форм эмоционально-фокусированных копингов. Было установлено, что ни одна из групп больных не продемонстрировала совокупности высоких показателей по трем видам продуктивных копинг-стратегий, что свидетельствовало о дисфункциональном характере используемых стратегий совладания. Что согласуется с результатами исследований Е.Ю. Антохина и соавт. [6], показывающими, что больные шизофренией чаще выбирают неконструктивное, усугубляющее дезадаптацию копинг-поведение.

Анализ данных, полученных с помощью методики Э. Хайма, показал, что адаптивность в когнитивной сфере (анализ трудностей, поиск путей выхода) была свойственна лишь 17,9% больных. Также было установлено, что крайне редко больными использовались (21,4% наблюдений) продуктивные поведенческие копинг-стратегии (разрешение проблемной ситуации, конструктивное взаимодействие с социальным окружением, активный поиск помощи). К адаптивным эмоциональным копинг-стратегиям (переживание протеста, возмущения, противостояния болезни и её последствиям, а также уверенности в наличии выхода из сложной ситуации) прибегали 23,6% больных.

Использование неадаптивных когнитивных копинг-стратегий («отрицание», «отвлечение», отказ преодолевать трудности из-за неверия в свои силы, умышленной недооценки неприятностей) было выявлено в 34,9% наблюдений. Неадаптивные стратегии поведенческой сферы (избегание разговоров о неприятных событиях, изоляция, отказ от активных действий, направленных на решение проблем, пассивное сопротивление побуждению к определенным усилиям) отмечались в 41,6% наблюдений. К неадаптивным эмоциональным копинг-стратегиям больные прибегали почти в половине случаев (46,1% наблюдений). Дисфункциональность в этой сфере проявлялась либо чувствами безнадежности, покорности («капитуляция перед трудностями»), либо конфликтностью, раздражением на окружающих, враждебными реакциями и «поиском виноватых».

И, наконец, почти в половине наблюдений (47,2%) было выявлено использование относительно функциональных когнитивных копинг-стратегий (сопоставление своих трудностей с проблемами других людей, «положительная переоценка»). К относительно продуктивным копингам в поведенческой сфере («дистанцирование», временный отход от решения проблем) прибегали 37,0% больных. Среди эмоциональных относительно продуктивных стратегий совладания больными (30,3% наблюдений) демонстрировались «поиск эмоциональной социальной поддержки», «подавление чувств» «самоконтроль».

Проведенное исследование выявило и статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) в использовании когнитивных и поведенческих стратегий совладания и различия на уровне тенденции ($p > 0,05$) между выделенными типами отношения к болезни и применением эмоциональных копинг-стратегий.

Было установлено, что больные с *нормонозогностическим* типом отношения к болезни демонстрировали адаптационное поведение, близкое по соотношению используемых адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий к показателям, соответствующим возрастным нормам. Они значимо чаще

прибегали к продуктивной когнитивной копинг-стратегии «анализ проблемы и поиск пути её решения» (50,0% наблюдений), к поведенческой функциональной стратегий совладания «сотрудничество» (66,7% наблюдений, $p < 0,05$) и, в трети случаев (33,3% наблюдений) адаптивному эмоциональному копингу «оптимизм». Пациенты с данным типом отношения к болезни были более способны контролировать свои чувства и действия, находить поддержку в социальном окружении, их характеризовал высокий уровень чувства ответственности. Иначе говоря, у них выявлялись все составляющие активного проблемно-решающего поведения.

Больными с *гипонозогностическим* типом отношения к болезни непродуктивные когнитивные копинг-стратегии («смирение», «растерянность») использовались в трети случаев (31,9% наблюдений). Относительно продуктивные («игнорирование», «сохранение самообладания», «диссимиляция» - почти в половине случаев (48,9% случаев) и продуктивные («проблемный анализ») - лишь в 19,2% наблюдений. Пациенты с данным типом отношения к болезни более часто ($p < 0,05$) использовали непродуктивные поведенческие и эмоциональные стратегии совладания (31,9 и 51,0% соответственно). Профиль используемых ими дисфункциональных поведенческих стратегий совладания отличался высокой встречаемостью «активного избегания» (преимущественно в группе больных, перенесших манифестный приступ галлюцинаторно-бредовой структуры и демонстрирующих избегающий подтип гипонозогностического отношения к болезни) и «отступления» (в группе больных с кататоно-бредовой структурой первого приступа и индифферентным подтипом гипонозогностического отношения к болезни). Среди относительно функциональных поведенческих копинг-стратегий (36,2% наблюдений) у больных с данным подтипом отношения к болезни наиболее часто выявлялись «компенсация», «отвлечение» и «конструктивная активность». Больные, перенесшие первый приступ аффективно-бредовой структуры с гипонозогностическим типом отношения к болезни также прибегали к таким

относительно адаптивным поведенческим копингам, как «обращение» и «альтруизм». Использование адаптивной поведенческой копинг-стратегии «сотрудничество» было установлено лишь в 12,8% случаев.

Среди непродуктивных эмоциональных стратегий совладания у больных с гипнозогностическим типом отношения к болезни преобладали «подавление эмоций» и «агрессивность» (преимущественно у больных с галлюцинаторно-бредовой структурой приступа), а также «покорность» и «самообвинение» (в группе больных, перенесших манифестный кататоно-бредовой приступ). Больные с аффективно-бредовой структурой первого психотического эпизода достаточно часто прибегали к таким дисфункциональным эмоциональным копинг-стратегиям, как «эмоциональная разрядка» и «самообвинение». Среди относительно функциональных эмоциональных копинг-стратегий у больных этой группы наиболее часто встречалось использование «пассивной кооперации» (34,0% наблюдений). Продуктивные эмоциональные стратегии совладания («оптимизм») использовали 23,4 % больных.

Таким образом, адаптационное поведение больных с гипнозогностическим типом отношения к болезни характеризовалось высокой частотой использования стратегий «бегство-избегание», «дистанцирование», «положительная переоценка» и «конфронтация», низкой частотой использования копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности», а также средним показателям в использовании стратегий «планирование решение проблем» и «самоконтроль».

Больные с *гипернозогностическим типом* отношения к болезни более часто ($p < 0,05$) прибегали непродуктивным когнитивным копинг-стратегиям (42,4% наблюдений,) и лишь в 12,1% случаев использовали функциональные стратегии совладания. Искажения когнитивной оценки детерминировали увеличение субъективного значения стрессовых событий («катастрофизация»), а также их интерпретацию больными как неподдающихся влиянию и контролю. Это обуславливало высокую частоту использования дисфункциональных («избегание», «отступление») (33,3%

случаев) и относительно продуктивных («компенсация», «отвлечение», «дистанцирование») (36,2% наблюдений) поведенческих копинг стратегий. Обращение к дисфункциональным поведенческим копинг-стратегиям сопровождалось непродуктивными эмоциональными копинг-реакциями (агрессия, самообвинение, безнадежность, отчаяние) и служило фактором дальнейшей социально-психологической дезадаптации. Пациенты с данным типом отношения к болезни значительно чаще использовали неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии (в 57,5% наблюдений), реже других больных прибегали к продуктивным эмоциональным стратегиям совладания (лишь в 15,2% случаев) и в 27,3% наблюдений использовали относительно адаптивные эмоциональные копинг стратегии.

Копинг-поведение больных данным типом отношения к болезни характеризовали высокая частота использования стратегий «бегство-избегание» и «поиск социальной поддержки», низкие показатели встречаемости копинг-стратегий «положительная переоценка», «планирование решения проблем», «самоконтроль» и «принятие ответственности», а также средняя частота использования стратегии «конфронтация».

У больных с *диснозогностическим* типом отношения к болезни использование продуктивных когнитивных и поведенческих копинг-стратегий не встречалось. Наиболее часто они прибегали к относительно функциональным стратегиям совладания (66,7% наблюдений) и, в трети случаев, к непродуктивным когнитивным и поведенческим копинг-стратегиям (33,3%). Все больные с данным типом использовали адаптивную эмоциональную копинг-стратегию «оптимизм», «положительная переоценка», однако, с учетом отсутствия адекватной оценки сложившейся ситуации, её когнитивного анализа и планирования поведения, направленного на изменение фрустрирующей ситуации, обуславливало дисфункциональность эксплуатации данного копинга. Совладающее поведение больных с диснозогностическим типом отношения к болезни также

определялось высокой частотой использования стратегий «конфронтация», «дистанцирование» и «бегство-избегание», средними показателями частоты использования стратегии «самоконтроль» и низкой встречаемостью использования стратегий «поиск решения проблем», «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности».

Анализ данных, полученных при проведении исследования с помощью опросника Р. Лазаруса, показал, что все изученные больные в 70,8% случаев использовали «бегство-избегание» в качестве основной стратегии совладания ($p > 0,05$). Это сопровождалось низким уровнем осознания причин стресса и тенденцией к немедленному снятию эмоционального напряжения или реализации его в непосредственном поведении. Длительная эксплуатация данного копинга определяла мотивационную направленность на избегание неудач, пассивный, ригидный, неконструктивный характер действий, направленных на преодоление трудностей. Регулярные копинг-ответы на стресс по типу «бегство-избегание» способствовали развитию психосоциальной дезадаптации или адаптации на более низком функциональном уровне и являлись прогностически не благоприятным фактором последующего восстановления. Эти данные согласуются с результатами исследований Е.Р. Исаевой [49], показывающих, что совладающее поведение больных шизофренией характеризуется дисбалансом в сторону преобладания дезадаптивных копинг-стратегий, увеличивающим уязвимость больных к стрессовым событиям.

По данным Вассерман Л.И [18], расширение репертуара проблемно- и эмоционально-фокусированных копинг-стратегий у больных, оптимизация их стратегий совладания с актуальными трудностями и тревогой, помощь в планировании по совмещению процедур контроля заболевания с повседневной деятельностью, помощь в принятии факта болезни и переосмыслении жизненной ситуации, созданной болезнью, являются важными мишенями психосоциальной работы, а особая актуальность исследования механизмов совладающего со стрессом поведения обусловлена

необходимостью проведения целенаправленных психотерапевтических мероприятий. Это позволяет, как сообщают И.Я.Гурович [30], Е.К. Гаврилова и соавт. [24], посредством повышения толерантности больных к стрессовым ситуациям снизить частоту последующих обострений.

В ходе проведенного исследования была показана необходимость адаптации большинства психотерапевтических подходов при использовании их в работе с больными юношеского возраста, перенесшими первый психотический приступ. Были выделены следующие основные принципы проведения психосоциального вмешательства у больных юношеского возраста, перенесших первый психотический эпизод: обязательный учет основных психологических особенностей юношеского возраста (низкая директивность вмешательства, предпочтительность групповых форм, анонимность при обсуждении проблем); установление первоочередных задач совместно с врачом-психиатром (повышение комплаентности, устойчивости к стрессу, оживление социальных контактов, совладание с резидуальной симптоматикой, нормализация семейной среды и пр.); проведение предварительного патопсихологического обследования, с определением типа отношения к болезни, профиля ведущих копинг-стратегий, наиболее уязвимых сторон социального функционирования; раннее включение больных в психосоциальную работу (на этапе угасания продуктивной психопатологической симптоматики); соблюдение строгой организационной структуры проводимых занятий.

Психологические особенности данного возрастного периода определяли преимущественное использование групповых форм работы, учитывающие характерные реакции группирования (высокая значимость роли/места в социальной группе, отношения членов группы) и позволяющие использовать особое значение суждений/оценок сверстников для больных юношеского возраста (Личко А.Е. [81]). Существенным отличием работы с исследуемым контингентом больных была низкая директивность воздействий, продиктованная учетом характерных реакций эмансипации (т.е.

освобождения от контроля и опеки (родителей, педагогов и т.п.)) и таких возрастных ценностей, как стремление к независимости и самостоятельности. Специфика нейрокогнитивного дефицита на этапе становления ремиссии, выявленная в проведенных ранее исследованиях (Каледа В.Г. и соавт. [53]; Сидорова М.А. и соавт. [108]), и опасность сверхстимуляции для данной группы больных определяли необходимость четкой организации терапевтического процесса и ясной, структурированной подачи информации. В соответствии с выявленными особенностями отношения к болезни были определены основные тенденции дифференцированного подхода к выбору тактики психосоциального вмешательства.

В ходе исследования использовались методы, признанные наиболее эффективные при работе с указанным кругом задач, а именно психообразовательное вмешательство (А.Н. Еричев [38]), комплаенс-терапия (А.М. Шлафер [119]), техники когнитивно-поведенческой терапии (Ю.С. Зайцева [40]; В.Д. Вид [20]; А.Б. Холмогорова [113]; Turkington G. [286]; Wykes T. [295]) и арт-терапии (О.А. Ионов [46]; А.И. Копытин [63]; Ruddy R. [273]).

Основной целью психосоциального вмешательства у больных с нормонозогностическим типом отношения к болезни было обучение их распознаванию признаков ухудшения состояния (обострения заболевания), побочных эффектов принимаемых лекарств и их отличию от проявлений собственно заболевания, информирование о видах, этапах и сроках лечения, уровне допустимых нагрузок, факторах, способствующих и препятствующих наиболее полному выздоровлению.

Основной задачей начального этапа коррекционного вмешательства у больных с *гипонозогностическим типом* отношения к болезни было вовлечение их в групповую психотерапевтическую работу. В терапии юношей с индифферентным подтипом данного вида отношения к заболеванию использовались в первую очередь мотивационные элементы комплаенс-терапии, а также арт-терапевтические техники, облегчающие

коммуникацию и способствующие оживлению эмоциональных реакций. Для больных с избегающим подтипом отношения к болезни наибольшее значение придавалось их участию групповых дискуссиях, способствующему формированию большей степени осознания болезненной природы происходящего с ними посредством пассивного участия больных в обсуждении другими участниками группы психопатологической симптоматики и переживаний, связанных с госпитализацией/необходимостью лечения, и путем поощрения идентификации с высказываниями других больных, воспроизведения их поведенческих паттернов самопредъявления. Низкая комплаентность пациентов с данным типом отношения к болезни определяла максимальную гибкость в обсуждении и трактовке симптоматики, а также делала необходимым обязательное включение членов семьи в психообразовательную работу. У больных с прагматическим подтипом наибольшую эффективность показало психообразовательное вмешательство, направленное на коррекцию их отношения к перенесенному состоянию и проводимому лечению, осуществляемое посредством информирования. Его целями также являлись снижение уровня самостигматизации и внутренней конфликтности за счет понимания причин заболевания. Комплаенс-терапия у этих больных проводилась с учетом их стремления сохранения/восстановления социального и профессионального статуса и была акцентирована на дестигматизации лечения, выявлении и коррекции иррациональных установок в отношении терапии, а также информировании и формировании представления о риске преждевременной отмены медикаментозного лечения. Когнитивно-поведенческие техники использовались в терапии этих больных для формирования навыков рационального планирования активности, учитывающего особенности текущего состояния и необходимого лечения, а также обучения маркировке состояний психоэмоционального напряжения, переутомления.

Для больных с *гипернозогнозическим* типом отношения к болезни наиболее эффективной оказалась когнитивно-поведенческая терапия, проведение которой позволяло развить навыки проблемно-ориентированного поведения, а также когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии самоконтроля и саморегуляции, совладания с тревогой и эмоциональными колебаниями.

У больных с уязвимым подтипом отношения к болезни психообразовательное вмешательство проводилась с акцентом на формировании адекватного эмоционального отношения к болезни, реалистичной оценки причин и прогноза заболевания, уменьшении эмоционального резонанса, вызванного фактом госпитализации, а также коррекции искажений когнитивных схем, интерпретирующих ситуацию как безнадежную и не поддающуюся контролю, формировании понимания больными значимости их собственной активной позиции в отношении лечения. Использование групповых форм работы способствовало дезактуализации значения оценки окружающих и снижению уровня самостигматизирования, что согласуется с данными, опубликованными В.С. Ястребовым и И.И. Михайловой [125].

У больных с претенциозным подтипом основной мишенью терапии являлось формирование навыков обращения за помощью, конструктивного сотрудничества, совладания с чувствами беспомощности, отчаяния, а также актуализация активной, проблемно-ориентированной личной позиции в отношении лечения.

Психообразовательное вмешательство у больных с ипохондрическим подтипом было направлено на информирование, фокусированное на различении симптомов, побочных эффектов, а также на выявление и коррекцию иррациональных установок в отношении течения заболевания, проводимого лечения. Когнитивно-поведенческая терапия использовалась для обучения техникам саморегуляции, снижения фиксации на контроле минимальных изменений самочувствия.

Для больных с *диснозогностическим* типом отношения к болезни основными мишенями комплаенс-терапии и психообразовательного вмешательства были информирование, формирование навыка распознавания симптомов психических расстройств, а также коррекция когнитивных искажений относительно своего состояния и лечения, в том числе посредством участия в групповых дискуссиях, идентификации с другими участниками группы.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую частоту встречаемости неадекватного субъективного восприятия имеющегося заболевания больными, перенесшими первый психотический эпизод в юношеском возрасте. В ходе исследования была разработана оригинальная типология типов субъективного отношения к болезни и установлена наибольшая встречаемость у изученных пациентов вариантов гипонозогностического типа отношения к болезни. Это определяло, как низкий уровень комплаентности этих больных, так и преимущественное использование ими дисфункциональных стратегий совладания. Наиболее часто пациенты всех изученных групп прибегали к эксплуатации копинга «бегство-избегание» ($p > 0,05$), обращаясь к нему как к основной стратегии совладания. Также в ходе изучения особенностей отношения к болезни и копинг-поведения данной группы больных была установлена необходимость дифференцированного, учитывающего выявленные особенности подхода к выбору стратегий психосоциального вмешательства, а также модификации используемых методик для потребностей этого возрастного контингента больных; были разработаны рекомендации по оптимальному объему, характеру и последовательности использования отдельных модулей психосоциального лечения.

Выводы:

1. Формирование отношения к болезни у изученных пациентов имеет как общие возрастные черты, обусловленные психологическими особенностями пубертатной фазы созревания, так и особенности, вызванные эндогенным процессом. Анализ полученных данных выявил низкую способность больных к адекватному субъективному восприятию перенесенного приступа, а также склонность пациентов с большей критичностью относиться к когнитивно-мнестическим нарушениям и аффективным расстройствам, чем к продуктивной психопатологической симптоматике.
2. При типологической дифференциации отношения к болезни было выделено четыре основных типа: нормозогнозический (6,7% наблюдений), гипозогнозический (52,8%), гипернозогнозический (37,1%) и диснозогнозический (3,4%).
 - 2.1. Нормозогнозический тип, характеризовался достаточно полным осознанием исследуемыми болезненности своего состояния, необходимости проводимого лечения и его сроков, а также субъективной картиной болезни, соответствующей объективной клинической оценке состояния больного.
 - 2.2. Гипозогнозический тип характеризовался недооценкой тяжести своего состояния, важности проводимого лечения и возможных последствий заболевания. В связи с неоднородностью вариантов субъективного отношения к болезни данный тип был подразделен на 3 подтипа: индифферентный, прагматичный и отрицающий.
 - 2.3. Гипернозогнозический тип характеризовался преувеличенным субъективным восприятием болезни, несоразмерным объективно наблюдаемым психопатологическим проявлениям. Данный тип включал следующие подтипы: уязвимый, претенциозный и ипохондрический.
 - 2.4. Диснозогнозический тип характеризовался искаженной атрибуцией психопатологической симптоматики нормальному состоянию.

3. Изучение совладающего поведения больных показало низкую частоту использования ими функциональных копингов — как поведенческих (21,4% наблюдений), так когнитивных (17,9%) и эмоциональных (23,6% случаев). Были установлены преобладающее использование стратегии «бегство-избегание», высокая частота регресса к более ранним формам копинг-поведения, искажения в становлении адекватных возрастных копинг-механизмов. Больных отличали существенные затруднения в процессе когнитивного анализа ситуации, детерминирующие узость спектра вариантов реагирования, низкую активность паттернов проблемно-решающего поведения и негибкий, ригидный характер их использования.

3.1. При нормонозогностическом типе отношения к болезни больные демонстрировали адаптационное поведение, близкое по соотношению используемых адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий к показателям, соответствующим возрастным нормам. У них выявлялись все составляющие активного проблемно-решающего поведения. Они значимо чаще прибегали к функциональным копинг-стратегиям ($p < 0,05$): когнитивной - «Планирование решения проблемы» (50,0% наблюдений) и поведенческой - «Сотрудничество» (66,7% наблюдений). Данные больные были в достаточной мере способны к самоконтролю, характеризовались высоким уровнем чувства ответственности.

3.2. При гипонозогностическом типе отношения к болезни больными чаще использовались дисфункциональные копинг-стратегии: когнитивные («Смирение», «Растрянность») - в трети случаев (31,9% наблюдений), поведенческие («Активное избегание», «Отступление») в половине случаев (51,0% наблюдений) и эмоциональные («Подавление эмоций», «Агрессивность», «Покорность») - в 42,6% случаев.

3.3. Больные с гипернозогностическим типом отношения к болезни также статистически более часто прибегали к дисфункциональным копинг-стратегиям: когнитивным («бегство-избегание») — в 42,4% наблюдений,

поведенческим («Отступление») и эмоциональным (агрессия, самообвинение, безнадежность и отчаяние) - 33,3 и 57,5% соответственно.

3.4. При диснозогностическом типе отношения к болезни использование функциональных когнитивных и поведенческих копинг-стратегий не встречалось. В трети случаев больные прибегали к дисфункциональным когнитивным и поведенческим копинг-стратегиям (33,3%) и в 100% - к функциональной эмоциональной копинг-стратегии «Оптимизм», однако, отсутствие адекватной оценки сложившейся ситуации, делало эксплуатацию данного копинга непродуктивным.

4. Исследование показало, что встречаемость выделенных типов отношения к болезни и используемых копинг-стратегий статистически достоверно ($p < 0,05$) коррелирует с психопатологической структурой приступа.

4.1. Больные с кататоно-бредовой структурой первого приступа наиболее часто демонстрировали гипнозогностический тип отношения к болезни (70,0% случаев), преимущественно избегающий и индифферентный его подтипы (40,0 и 30,0% соответственно). Данную группу больных отличали высокая частота встречаемости стратегии «Избегание» и низкая – «Планирования решения проблем».

4.2. Более чем у половины (57,6%) больных с галлюцинаторно-бредовой структурой первого приступа был выявлен гипнозогностический тип отношения к болезни; с наибольшей частотой (42,4%) встречался его прагматический подтип. Среди больных этой группы с достаточной частотой (21,2%) встречался также претенциозный подтип гипернозогностического отношения к болезни. Копинг-поведение данных больных характеризовалось высокой частотой использования стратегий «Избегания» и «Самоконтроль», а также редким обращением к стратегии «Поиск социальной поддержки».

4.3. У юношей, перенесших первый приступ аффективно-бредовой структуры, чаще выявлялись избегающий подтип гипнозогностического типа отношения к болезни и уязвимый подтип гипернозогностического типа (23,9 и

21,7%, соответственно). Эти больные демонстрировали частое использование стратегий «Избегание» и «Поиск социальной поддержки», реже всего они прибегали к стратегии «Поиск решения проблем».

5. Проведенное исследование показало обоснованность следующих пяти принципов проведения психосоциального вмешательства у изученных больных: учет основных психологических особенностей юношеского возраста; раннее включение больных в психотерапевтическую работу – на этапе угасания продуктивной психопатологической симптоматики; установление первоочередных задач совместно с врачом-психиатром; обязательное предварительное патопсихологическое обследование, для определения типа отношения к болезни, профиля ведущих копинг-стратегий, наиболее уязвимых сторон социального функционирования.

5.5. Соблюдение строгой организационной структуры проведения психосоциальных мероприятий, ясная, дозированная подача информации, защита от сверхстимуляции.

6. Психосоциальное вмешательство характеризовалось определенной этапностью (диагностика и включение больных в психосоциальную работу, модуль психообразовательных занятий, модуль проблемно-ориентированной работы) и различалось в зависимости от отношения к заболеванию.

6.1. При нормозогнозическом типе было показано проведение психообразовательных занятий в наиболее полном объеме с быстрым вовлечением больных в тренинг проблемно-решающего поведения.

6.2. При гипозогнозическом типе - участие в групповой арт-терапевтической работе, тренингах использования проблемно-ориентированного поведения с привлечением психообразовательных методик на отдаленных этапах вмешательства.

6.3. При гипернозогнозическом типе - на этапе включения в работу наиболее широко использовались техники когнитивно-поведенческой терапии, фокусированной на освоении навыков саморегуляции и

самоконтроля, с дальнейшим включением в работу модулей психообразования, арт-терапии и поддерживающей групповой терапии.

6.4. При диснозогностическом типе - включение в групповую арт-терапевтическую работу, затем - тренинги навыков проблемно-решающего поведения, психообразовательное вмешательство использовалось ограниченно, преимущественно в индивидуальной форме работы.

Список литературы

1. Аведисова, А.С. Копинг и механизмы его реализации (аналитический обзор) / А.С. Аведисова, Л.С. Канаева, Д.Ф. Ибрагимов // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С.59-63.
2. Аведисова, А.С. Мотивы отказов больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии / А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов, В.И. Бородин, Г.К. Дашкина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 2 (Т.11). – С.6-14.
3. Аведисова, А.С. Переносимость и нежелательные явления фармако- и психотерапии / А.С. Аведисова, В.И. Бородин, Р.В. Ахапкин // В сб.: Новые проблемы психофармакотерапии. М., ФГУ им. В.П.Сербского. – 2005. – С.45-69.
4. Аведисова, А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки / А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. – №4 (Т. 6). – С.156-158.
5. Антохин, Е.Ю. Комплексная терапия шизофрении в отделении первого психотического эпизода / Е.Ю. Антохин // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы Российской конференции. М, 9-11 октября 2007 г. - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2007. – С.405-407.
6. Антохин, Е.Ю. Копинг — поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, М.В. Горбунова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 3. – С.5-12.
7. Антохин, Е.Ю. Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции / Е.Ю. Антохин // Вестн. С.-Петербур. Ун-та, 2011. – Сер.11 (Вып. 1). – С.71-80.

8. Бабин, С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: дисс. ...докт.мед.наук: Бабин Сергей Михайлович. – СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2006. – 526с.
9. Бабин, С.М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) / С.М. Бабин // Обзорение психиатрии медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – №2. – С.17-18.
10. Банщиков, Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф.Р. Банщиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2006. – №4 (Т.3). – С.60-68.
11. Барденштейн, Л.М. Метаболические осложнения антипсихотической терапии: клинико-динамические и терапевтические аспекты / Л.М. Барденштейн, А.М. Мкртумян, Г.А. Алешкина // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С.37-43.
12. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия подростков / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. - 259с.
13. Битюцкая, Е.В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания и стратегий совладания / Е.В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. – 2007. – №4. – С.87-93.
14. Будза, В.Г. Некоторые факторы, определяющие становление комплаенса в психиатрии / В.Г. Будза, Е.Ю. Антохин, А.В. Голенищенко, Я.С. Козлов, В.К. Авеличев // Психическое здоровье. – 2013. – Т. 11. – № 9 (88). – С.26-36.
15. Бурчинский, С.Г. Проблема безопасности в стратегии фармакотерапии атипичными нейролептиками / С.Г. Бурчинский // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. — Сентябрь 2010. —№ 5 (24).—С.37-41.
16. Былим, И.А. Комплаенс в первом эпизоде шизофрении: клинические и организационные прогностические факторы / И. А. Былим, Ю.М. Шикин // "Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических

расстройствах", Москва, 27-30 октября 2009г. Материалы Общероссийской конференции. – М., 2009. – С.136-137.

17. Былим, И.А. Эффективность терапии и психосоциальной реабилитации больных с первым психотическим эпизодом / И.А. Былим // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2007. – № 4 (47). – С.113-115.

18. Вассерман, Л.И. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева // СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009. – 37с.

19. Ветрова, И.И. Соотношение контроля поведения и стратегий совладания развивающейся личности / Психологические исследования / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во ИП РАН, 2006. – Вып. 1. – С.63-76.

20. Вид, В.Д. Психотерапия шизофрении/ В.Д. Вид // Петербург, 2008. – 512 с.

21. Воловик, В.М. Проблема ранней реабилитации психически и некоторые пути её практического разрешения / В.М. Воловик // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. – С.5-16.

22. Володин, Б.Ю. К вопросу о психотерапии шизофрении / Б.Ю. Володин // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – №3. – С.118—130.

23. Вроно, М.Ш. Сравнительно-возрастной аспект изучения шизофрении у детей и подростков / М.Ш. Вроно // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – №10. – С.1510-1514.

24. Гаврилова, Е.К. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации / Е.К. Гаврилова, В.А. Шевченко, В.В. Загиев, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – №4. – С.10-16.

25. Голенищенко, А.В. Психотерапия больных шизофренией в условиях стационара: методы влияния на формирование адаптивных механизмов

- копинг-поведения и психологической защиты: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: Голенищенко Андрей Викторович. Оренбург, – 2007. – 26с.
26. Голенищенко, А.В. Повышение адаптационных возможностей у больных шизофренией с различной степенью дефицитарных расстройств в результате комплексной психотерапии / А.В. Голенищенко // Уральский Медицинский Журнал. – 2007. – С.40-46.
27. Голенищенко, А.В. Психотерапевтические подходы в реабилитации больных шизофренией / А.В. Голенищенко // Материалы 14-го съезда психиатров России, Москва 15-18 ноября. – 2005. – С. 392-393.
28. Гонжал, О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении: дисс. ... канд.мед.наук: Гонжал Ольга Александровна. М., – 2006. – 160с.
29. Гордеева, Т.О. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE / Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Е.А. Рассказова, О.А. Сычев, В.Ю. Шевяхова // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сентября 2010 г. / под ред. Т.Л.Крюковой и др. Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А.Некрасова, – 2010. – Т.2. – С.195–197.
30. Гурович, И.Я. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery» / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18. – №2. – С.7-14.
31. Гурович, И.Я. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.А. Уткин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. – №3. – С.94-98.
32. Гурович, И.Я. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова // Москва: Медпрактика, 2007. – 260 с.

33. Гурович, И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И.Я. Гурович, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – №4. – С.78-85.
34. Гурович, И.Я. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18. – №4. – С.34-39.
35. Гурович, И.Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – №1. – С.5-9.
36. Данилов, Д.С. Дифференцированное применение современных антипсихотических средств при лечении шизофрении / Д.С. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2009. — № 4.(Т.109)– С.89-94.
37. Дороднова, А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра первыми психотическими эпизодами: дисс. ... канд. мед. наук: Дороднова Анна Сергеевна. – М., – 2006. – 167с.
38. Еричев, А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А.Н. Еричев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – №3. – С.43-47.
39. Жуйкина, Е.В. Гендерные особенности когнитивной оценки и избирательности копинг-стратегий в профессионально трудных ситуациях / Е.В. Жуйкина // Психология совладающего поведения. Материалы междунар. научн.-практич.конф./отв.ред.: Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. – Кострома, КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2007. – С.38-39.
40. Зайцева, Ю.С. Опыт групповой работы с больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на этапе амбулаторного ведения в клинике первого психотического эпизода / Ю.С. Зайцева // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы Российской

- конференции. М, 9-11 октября 2007 г. - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2007. – С.430-431.
41. Зайцева, Ю.С. Эффективность комплексной программы долгосрочного ведения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в клинике первого психотического эпизода / Ю.С. Зайцева // Психическое здоровье. – М.: Гениус, 2008. – №10 (29). – С.51-57.
42. Закс, Д.Б. Психообразовательные программы как способ преодоления стигматизации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / Д. Б. Закс, М.В. Злоказова // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи. Материалы науч.-практ. конференции, М. 30 ноября 2009 г. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – С.68-69.
43. Зимановская, Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). Учебное пособие для ВУЗов. – Академия, 2006. – С.262-265.
44. Зуйкова, Н.В. Значение когнитивных установок в системе социально-психологической адаптации больных эндогенными психозами // Н.В. Зуйкова, Е.Р. Исаева // Сб. тезисов: Психиатрические аспекты общемедицинской практики. - СПб.: НИШШИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – С.348-350.
45. Иванов, П.А. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE) / П.А. Иванов, Н.Г. Гаранян // Психологическая наука и образование. – 2010. – №1. – С.82–93.
46. Ионов О.А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: Ионов Олег Александрович. – М., 2005. – 24с.
47. Иржевская, В. П. Нарушения осознания психической болезни при шизофрении: дисс. ... канд. психол.наук: Иржевская Виктория Петровна. – М., 2009. – 212с.
48. Иржевская, В.П. Проблема инсайта в современной патопсихологии /В.П. Иржевская, Г.Е. Рупчев, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова // Вопросы психологии. – 2008. – №2. – С.143-151.

49. Исаева, Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук: Исаева Елена Рудольфовна. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. — 147с.
50. Исаева, Е.Р. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией / Е.Р. Исаева, Г.Г. Лебедева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2008. — №1. — С.4.-8.
51. Каледа, В.Г. Динамика когнитивных аномалий у больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза / В.Г. Каледа, И.С.Лебедева, А.Н. Бархатова, М.А.Омельченко, С.А. Голубев, М.А. Сидорова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 2008. — №11. — С.21-27.
52. Каледа, В.Г. Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста / В.Г. Каледа, И.В. Плужников, И.В. Олейчик и соавт. // Психиатрия. — 2013. — № 3. — С.16-23.
53. Каледа, В.Г. Особенности когнитивных расстройств на этапе становления ремиссии после перенесенного эпизода эндогенного приступообразного психоза в юношеском возрасте / В.Г. Каледа, А.Н. Бархатова, М.А. Стрельцова // Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века. Актуальные проблемы социально - психологического здоровья», Москва, 2006. — С.273-274.
54. Каледа, В.Г. Патопсихологические особенности больных, перенесших манифестный приступ юношеского эндогенного психоза (клинико-психологический анализ) / В.Г. Каледа, В.П.Критская, Т.К. Мелешко, А.Н. Бархатова // Психиатрия (научно-практический журнал).— 2007. — №1. — С.27-33.
55. Каледа, В.Г. Приступообразные эндогенные психозы, манифестирующие в юношеском возрасте — закономерности течения и исхода (клинико-катамнестическое исследование) / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2008. — № 9. — С.11-23.

56. Каледа, В.Г. Терапия эндогенных психозов юношеского возраста — современные подходы и принципы терапии / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — №9. — С.4-11.
57. Каледа, В.Г. Субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии при первом психотическом приступе у юношей / В.Г. Каледа, М.А. Маричева, А.Н. Бархатова, У.О. Попович // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. — 2013. — Т.113. — №10. — С.23-28.
58. Каменков, К.А. Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии / К.А. Каменков, А.Ф. Быков // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т.19. — № 3. — С. 15-19.
59. Кекелидзе, З.И. Стигматизация больных шизофренией / З.И. Кекелидзе, Ю.Г. Пасынкова, И.А. Бедина // Методические рекомендации, М.—2009.— 28с.
60. Клипинина, Н.В. К вопросу о социально-психологической реабилитации больных с тяжелыми психическими расстройствами/ Н.В. Клипинина, А.Е. Хаин, А.Р. Кудрявицкий // Реабилитология. Сборник научных трудов (ежегодное издание). — М.: Изд-во РГМУ, 2004. — №2. — С. 390-393.
61. Кон, И.С. Психология юношеского возраста / И.С. Кон // — М: Политиздат, 1979. — 340с.
62. Копейко, Г.И. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий / Г.И. Копейко, И.В. Олейчик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — №3. — С.4-17.
63. Копытин, А.И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты: автореф. дисс. ... докт.мед.наук: Копытин Александр Иванович. — СПб., 2010. — 51с.
64. Коцюбинский, А.П. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома

- // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – №3. – С.9-17.
65. Коцюбинский, А.П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, Н.А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. – Т.17. – №1. – С.103-107.
66. Коцюбинский, А.П. Методики психологической диагностики больных с эндогенными психическими заболеваниями: усовершенствованная медицинская технология / А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, М.А. Дитятковский // СПб, 2007. –47с.
67. Коцюбинский, А.П. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами. Пособие для врачей /А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Н.В. Зуйкова // — СПб., 2004. — 26с.
68. Коцюбинский, А.П. Факторы психологической адаптации больных с эндогенными психическими заболеваниями / А.П. Коцюбинский, Н.Н. Петрова, Т.А. Аристова, Н.С. Шейнина, Н.Г. Генералова, С.Л. Горбунова // Психиатрия. – 2005. – Т.17. – №5. – С.22-25.
69. Коцюбинский, А.П. Функциональный диагноз в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Т.А. Аристова, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский, Б.Г. Бутома // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – №12. – С.4-8.
70. Коцюбинский, А.П. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В.В. Зайцев // СПб.: Гиппократ +, 2004.-336с.
71. Краснов, В.Н. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н. Мосолова и соавт. М.: ИД Медпрактика-М., – 2007. – 260с.
72. Критская, В.Г. Экспериментально-психологическое исследование эндогенных психозов юношеского возраста / В.Г. Критская, Т.К. Мелешко // Психиатрия. – 2003. – №5. – С.41-45.

73. Крупченко, Д.А. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией у пациентов, страдающих шизофренией / Д.А. Крупченко, М.Э. Котляр // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.–2012. – №3. – С.6-17.
74. Крупченко, Д.А. Клиническое значение осознания болезни при шизофрении / Д.А. Крупченко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – №1. – С.6-16.
75. Крюкова, Т.Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. М.: 2007. – №3. – С.93-112.
76. Кузнецова, С.Л. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия в системе реабилитации эндогенных больных / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова / Когнитивно-поведенческая психотерапия вчера, сегодня, завтра. Сборник тезисов конференции с международным участием (5-7 октября 2012г.). – СПб, 2012. – С. 44-45.
77. Кузнецова, С.Л. Особенности механизмов адаптации при шизотипическом расстройстве / С.Л. Кузнецова // Материалы научно-практической конференции молодых ученых ЮФО/ Актуальные вопросы психосоматических расстройств, Ростов-на-Дону, 2010. – С.53-54.
78. Кузнецова, С.Л. Оценка эффективности психотерапии у больных эндогенным психическим расстройством / С.Л. Кузнецова, Н.Н. Петрова, А.Ю. Чернышева / Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – №4 (67). – С.97-100.
79. Лебедева, И.С. Особенности нейрофизиологических характеристик когнитивных процессов у больных юношеского возраста с манифестным маниакально-бредовым приступом / И.С. Лебедева, В.Г. Каледа, М.А. Омельченко // Психиатрия (научно-практический журнал). – 2008. – №2. – С.48-54.
80. Личко, А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Невропатология и психиатрия, 1980. – №8. – С.1195-1198.

81. Личко, А.Е. «Некоторые особенности психотерапевтического подхода в подростковой психиатрической клинике» / А.Е. Личко, Л.Б. Богдановская, Э.Г. Эйдемиллер // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях, Л. – 1973. – С.69—66.
82. Личко, А.Е. Шизофрения у подростков / А. Е. Личко // Л., Мед., 1989. – 214с.
83. Лоскутова, В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия / В.А. Лоскутова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19. – №4. – С.92-104.
84. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания / Р.А. Лурия //– 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – С.37-52.
85. Лутова, Н.Б. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид, А.Я. Вукс // Усовершенствованная медицинская технология. — СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2006.—23с.
86. Лутова, Н.Б. Эффективность, безопасность и субъективная удовлетворённость при применении сперидана у больных с обострением шизофрении / Н.Б. Лутова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – №4. – С.59-63.
87. Любов, Е.Б. Кветиапин (сероквель) и биопсихосоциальный подход при шизофрении / Е.Б. Любов // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т.16. – №26. – С.1796-1801.
88. Приймак, М.А. Нарушения социального интеллекта и клиническая симптоматика при шизофрении / М.А. Приймак, О.В. Рычкова, А.П. Федорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т.21. – №3. – С.10-21.
89. Малышева, Н.В. К вопросу о тактике лечебно-восстановительных мероприятий у больных шизофренией в период ремиссии с учетом структуры внутренней картины болезни / Н.В. Малышева // Международный профессиональный журнал "Медицина". – Алматы, 2001. – №6. – С.67-69.

90. Маричева, М.А. Отношение к болезни и копинг-стратегии у юношей с первым приступом эндогенного психоза / М.А. Маричева // Научно-практический журнал «Психиатрия». – 2010. – №5 (47). – С.32-39.
91. Маричева, М.А. Особенности копинг-стратегий у юношей, перенесших первый психотический приступ / М.А. Маричева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Том 14. – №6. – С.55-61.
92. Мелехов, Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д.Е. Мелехов // М., 1963. – 168с.
93. Мелешко, Т.К. Первый психотический приступ в юношеском возрасте - особенности личности и когнитивной деятельности больных / Т.К. Мелешко, В.П. Критская, О.Е. Сергеева, В.Г. Каледа // Журн. неврол и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2013. – №11. – С.10-16.
94. Михайлова, И.И. Самостигматизация психически больных: дисс. ... канд.мед.наук: Михайлова Ирина Иосифовна. – М., – 2005. – 14с.
95. Мневич, Н.А. Психосоциальная составляющая в работе с пациентами с первым психотическим эпизодом / Н.А. Мневич // Социальная психиатрия будущего. – М., 2008. – С.90.
96. Мовина Л.Г. Результаты психообразовательной программы для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в клинике первого психотического эпизода / Л.Г. Мовина // Аффективные и шизо-аффективные расстройства. Материалы Российской конференции. Москва, 1-3 октября 2003 г. - М., 2003. – С.268-269.
97. Мовина, Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: Мовина Лариса Георгиевна. – М., 2005. – 24с.
98. Морозов, П.В. Актуализация проблемы приверженности пациента режиму лечения. Что такое приверженность терапии? / П.В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. – №2. – С.26-28.

99. Морозова, М.А. Динамика качества комплаентности у больных шизофренией в ходе длительного сравнительного исследования атипичных и типичных антипсихотиков / М.А. Морозова, В.В. Рубашкина, Д.Д. Бурминский, А.Г. Бениашвили // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – №6. – С.20-25.
100. Мосолов, С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С.Н. Мосолов // Российский медицинский журнал. – 2002. – №10 (Т.12–13). – С.45–49.
101. Незнанов, Н.Г. Проблема комплаенса в психиатрической практике / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. – (приложение № 3). — С.7-11.
102. Омельченко, М.А. Основные закономерности течения и исходов юношеских эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих приступом маниакально-бредовой структуры / М.А. Омельченко // Избранные материалы Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья, Кострома, 2010. – С.87-94.
103. Оршанская, М.В. Психологическая саморегуляция в подростковом возрасте / М.В. Оршанская // Ежегодник РПО: материалы 3-го Всеросс. съезда психологов, 25-28 июля 2003 г. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003. – Т.6. – С.188-191.
104. Рассказова, Е.И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева // Психологические исследования. – 2011. – №3.– С.17.
105. Рычкова, О.В. Взаимосвязи нарушений социального интеллекта и клинической симптоматики при шизофрении. / О.В. Рычкова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – №3. – С.18-23.
106. Рычкова, О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией / О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – № 4. – С. 91-105.

107. Семёнова, Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия при шизофрении / Н.Д. Семёнова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19. – №2. – С.76-81.
108. Сидорова, М.А. Особенности структуры и динамики нейрокогнитивных процессов при манифестных приступах юношеского эндогенного психоза / М.А. Сидорова, В.Г. Каледа, А.Н. Бархатова // Психиатрия (научно-практический журнал). – 2007. – №2. – С.33-41.
109. Сирота, Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте / Н.А. Сирота // СПб., 1994. – 283с.
110. Скляр, С.В. Интегрированные психотерапевтические подходы при лечении шизофрении у подростков / С.В. Скляр, К.З. Садуакасова // Научно-практический журнал «Судебная и социальная психиатрия», г.Алматы. – 2011. – №2 (13). – С.91-94.
111. Тиганов А.С. Клиническая психиатрия и проблемы изучения новых психофармакологических средств / А.С. Тиганов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №10. – С.3-6.
112. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт / А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. –2007. – №4. – С.14-20.
113. Холмогорова, А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – №4. – С.67-77.
114. Цуцуйковская, М.Я. Клиника и дифференциальная оценка н которых психопатологических синдромов пубертатного возраста / М.Я. Цуцуйковская, Г.П. Пантелеева // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М., 1986. - С.13-28.
115. Цуцуйковская, М.Я. Клинические особенности течения и исхода шизоаффективного психоза, манифестирующего в юношеском возрасте / М.Я. Цуцуйковская, В.Г. Каледа // Материалы научно-практической

конференции «Аффективные и шизоаффективные психозы», М., 1998. – С.156-168.

116. Цыганков, Б.Д. Комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в зависимости от психообразования членов их семей / Б.Д. Цыганков, А.В. Солоненко, В.Г. Косенко // Российский медицинский журнал. – 2009. – №6. – С.25-27.

117. Читая, Н.Н. Гендерные особенности нейролептического синдрома при лечении типичными и атипичными антипсихотиками / Н.Н. Читая, Д.С. Данилов, Н.А. Тювина // Российский психиатрический журнал. – 2009.–№2. – С.77-84.

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

119. Шлафер, А.М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Шлафер Александр Михайлович. — СПб.,2012.— 26с.

120. Шмаонова, Л.М. Динамика негативных расстройств и проблема дифференциации приступообразной шизофрении (эпидемиологическое исследование) / Л.М. Шмаонова, Ю.И. Либерман, Т.В. Хохлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – №8. – С.1177-1188.

121. Шмидт С.П. Проведение коммуникативных групп с пациентами отделения первого психотического эпизода / С.П. Шмидт // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы Российской конференции. М, 9-11 октября 2007 г. - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2007. – С.473-474.

122. Шмуклер, А.Б. Первый психотический эпизод: сберегающая реабилитация / А.Б. Шмуклер // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: Материалы Российской конференции, Москва, 11-13 октября 2006 г. - М.: ИД "Медпрактика-М", 2006. - С.116-117.

123. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон // Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1996. – 352с.
124. Ястребов, В.С. Применение метода анализа иерархий в практике психосоциальной реабилитации и в программе дестигматизации / В.С. Ястребов, В.Г. Митихин, И.И. Михайлова, Т.А. Солохина, Н.Д. Букреева, О.А. Гонжал /Методические рекомендации. – М., - 2009. – 26с.
125. Ястребов, В.С. / Самостигматизация при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова // Методические рекомендации. – М., 2009. – 17с.
126. Ястребов, В.С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т.108. – №6. – С.4-10.
127. Addington, J. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program / J. Addington, E. Leriger, D. Addington // Can J Psychiat. – 2003. – N 48. – P. 204-207.
128. Acosta, F.J. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS(R)) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables / F.J. Acosta, E. Bosch, G. Sarmiento et al. // Schizophr. Res. – 2009. – N107 (2-3). – P.213-217.
129. Albert, N. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years / N. Albert, M. Bertelsen, A. Thorup, L. Petersen et al. // Schizophr Res. – 2011. – N Feb125 (2-3). – P.257-266.
130. Amminger, G.P. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study / G.P. Amminger, L.P. Henry, S.M. Harrigan, M.G. Harris et al. // Schizophr Res. – 2011. – N Sep 131(1-3). – P. 112-119.
131. Anderson, K.H. An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia / K.H. Anderson, S. Ford, D. Robson, J.

- Cassis, C. Rodrigues, R. Gray // *Int. J. Ment Health Nurs.* – 2010. – N19. – P.340–349.
132. Andres, K. The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia / K. Andres, M. Pfammatter, A. Fries, H. Brenner // *EurPsychiatry.* – 2003. – N Jun 18(4). – P.149-154.
133. Archie, S. Psychotic Disorders Clinic and First-Episode Psychosis / S. Archie, J. Hamilton Wilson, K. Woodward // *A Program Evaluation. Can J Psychiat.* – 2005. – №50. – C.46-51.
134. Ascher-Svanum, H. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia / H. Ascher-Svanum, B. Zhu, D.E. Faries, J.P. Lacro, C.R. Dolder // *J Clin Psychiatry.* – 2006. – Vol.67 (7). – P.1114-1123.
135. Ascher-Svanum, H. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care / H. Ascher-Svanum, D.E. Faries, B. Zhu et al. // *J Clin Psychiatry.* – 2006. – N67 (3). – P.453-460.
136. Badcock, J.C. Spatial working memory and planning ability: contrasts between schizophrenia and bipolar I disorder / J.C. Badcock, P.T. Michie, D. Rock // *Cortex.* – 2005. – N 41. – P.753– 763.
137. Bauer, S. Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques / S. Bauer, M.J. Lambert, S.L. Nielsen // *J Pers Assess.* – 2004. – Vol.82. – P.60-70.
138. Beck, A.T. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy / A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar, P. Grant // *N.Y.Guilford Press.* – 2008. – 420p.
139. Bell, M. Psychiatry Res. Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments / M. Bell, J. Fiszdon, R. Richardson, P. Lysaker, G. Bryson // *30 May Psychiatry Research.* – 2007. – N151 (1—2). – P.37—46.
140. Bellack A. C. Psychosocial treatment in schizophrenia / A.C. Bellack // *Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia: Specific Topics.* – 2001. – N2. – P.136-137.

142. Birchwood, M. The critical period for early intervention / M. Birchwood, A. Fiorillo // *Psychiatr. Rehabil. Scills.* – 2000. – Vol.4. – P.182-198.
143. Bosveld-van Haandel, L.J.M. Reasoning about the optimal duration of prophylactic antipsychotic medication in schizophrenia: evidence and arguments / L.J.M. Bosveld-van Haandel, C.J. Slooff, R.J. Van den Bosch // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2001. – Vol.103. – P.335.
145. Brabban, A. Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia / A. Brabban, S. Tai, D. Turkington // *Schizophr Bull.* – 2009. – Vol.35 (5). – P.859-864.
146. Braw, Y. Cognition in young schizophrenia outpatients: comparison of first-episode with multiepisode patients / Y. Braw, Y. Bloch, S. Mendelovich et al. // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 10. – P.1093-1098.
147. Brenner, H.D. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients / H.D. Brenner, V. Roder, B. Hodel et al. // Seattle, WA: Hogrefe, Huber, 1994.
148. Brown, S.P. Good Cope, Bad Cope: Adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event / S.P. Brown, R.A. Westbrook, G. Challagalla // *Journal of applied psychology.* – 2005. – Vol. 90. – N 4. – P.982–798.
149. Buckley, P.F. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence / P.F. Buckley, D.A. Wirshing, P. Bhushan et al. // *CNS Drugs.* – 2007. – Vol.21 (2). – P.129-141.
150. Byerly, M. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder / M. Byerly, R. Fisher, T. Carmody et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – № 66 (8). – P.997-1001.
151. Campos, M.S. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis / M.S. Campos, E. Garcia-Jalon, J.K. Gilleen, A.S. David, V.M. Peralta, M.J. Cuesta // *SchizophrBull.* – 2011. – N Jan37(1). – P.52-60.
152. Cavelti, M. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments /Cavelti M., Kvrjic S., Beck E. et al. // *Eur Psychiatry.* – 2012. – №Jan27 (1). – P.19-32.

153. Cavelti, M. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders / M. Cavelti, S. Kvrjic, E.M. Beck, N. Riisch, R. Vauth // *Compr. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53 (5). – P.468-479.
154. Cervellione, K.L. Neurocognitive deficits in adolescents with schizophrenia: longitudinal stability and predictive utility for short-term functional outcome / K.L. Cervellione, K.E. Burdick, J.G. Cottone et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 46. – N7. – P.867-878.
155. Chadwick, P. *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis* / P. Chadwick // Wiley, New York, USA. – 2006. – 204p.
156. Cheng, C. Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration / C. Cheng, M.W.L. Cheung // *Journal of personality*. – 2005. – Vol. 73. – N4. – P.859–880.
157. Combs, D.R. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings / D.R. Combs, S.D. Adams, D.L. Penn, D. Roberts et al. // *Schizophrenia research*. – 2007. – Vol. 91. – P.112.
158. Compas, B.E. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research / B.E. Compas, J. Connor-Smith, S. Saltzman, A. Thomsen, S. Wadsworth // *Psychological Bulletin*. – 2001. – Vol. 127. – N1. – P.87–127.
159. Corrigan, P.W. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness? / P.W. Corrigan // *Soc Work*. – 2007. –N52 (1). – P.31-39.
160. Corrigan, P. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions / P.Corrigan // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2006. – Vol. 6. – N7. – P.993-1004.
161. Cotton, S. Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis / S. Cotton, M. Lambert, B. Schimmelmann // *Schizophr Res*. – 2009. – Vol. 114. – P.17-24.

162. Cramer, P. Coping and defensive mechanisms: What's the difference? /P. Cramer // *Journal of Personality*. – 1998. – Vol. 66. – P.919–946.
163. Dahl, R.E. Adolescent brain development: A period of vulner abilities and opportunities / R.E. Dahl, L. Spear // *New York Academy of Sciences*. – 2004. – Vol. 1-2. – P.1021-1026.
164. David, R. Coping With Psychosis: An Integrative Developmental Framework / R. David, Philip T. Yanos, Paul H. Lysaker // *J Nerv Ment Dis*. – 2007. – P.917-924.
165. Davidson, L. Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives / L. Davidson, T. Schmutte, T. Dinzeo, R. Andres-Hyman // *Schizophr Bull*. – 2008. – N34. – P.5–8.
166. Davidson, M. What else can we do to combat stigma? / M. Davidson // *World Psychiatry*. – 2002. – N1. – P.22-23.
167. Davis, L.W. The Indianapolis Vocational Intervention Program: A cognitive behavioral approach to addressing rehabilitation issues in schizophrenia / L.W. Davis, P.H. Lysaker, R.S. Lancaster, G.J. Bryson, M.D. Bell// *J. Rehabil. Res*. – 2005. – N42. – P.35–45.
168. Davis, J. The choice of drugs for schizophrenia / J.M. Davis // *N. Engl. J. Med*. – 2006. – P.354-355.
169. De Haan, L. Risk factors for medication non-adherence in patients with first episode schizophrenia and related disorders; a prospective five year follow-up / L. de Haan, T. van Amelsvoort, P. Dingemans, D. Linszen // *Pharmacopsychiatry*. – 2007. – N40 (6). – P.264-268.
170. Dickerson, F.B. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia / F.B. Dickerson, A.F. Lehman // *J Nerv Ment Dis*. – 2006. – N194. – P.3–9.
171. Dixon, L.B. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements / L.B. Dixon // *Schizophr Bull*. – 2010. –N 36(1). – P.48-70.
172. Dossenbach, M. Long-term antipsychotic monotherapy for schizophrenia: disease burden and comparative outcomes for patients treated with olanzapine,

quetiapine, risperidone, or haloperidol monotherapy in a pan-continental observational study / M. Dossenbach, G. Pecenak, A. Szulc et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – P.1901-1915.

173. Drake R.J. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England / R.J. Drake // *J Clin Psychiatry*. – 2007. – N Jan68. – P.81-86.

174. Edwards, J. Developing services for first-episode psychosis and the critical period / J. Edwards, M.G. Harris, S. Bapat // *Br J Psychiatry Suppl*. – 2005. – N Aug48. – P.91-97.

175. Edwards, N.C. One-year clinical and economic consequences of oral atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia / N.C. Edwards, J. Pesa, D.M. Meletich // *Curr. Med. Res. Opin*. – 2008. – Vol. 24. – P.3341-3355.

176. Emsley, R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia / R. Emsley, B. Chiliza, L. Asmal, K. Lehloenya // *CurrOpin Psychiatry*. – 2011. – N Mar 24(2). – P.114-121.

176. Ernst, M.E. Prescription medication costs: a study of physician familiarity / M.E. Ernst, M.W. Kelly, J.D. Hoehns et al. // *Arch Fam Med*. – 2000. – N9. – P.1002–1007.

177. Farrer, L. Age differences in mental health literacy / L. Farrer, L. Leach, K.M. Griffiths et al. // *Jorn BMC Public Health*. – 2008. – Vol.8. – P.125.

178. Fegert, J.M. Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters / J.M. Fegert, A.Streeck-Fischer, H.J. Freyberger // Stuttgart: Schattauer New York. – 2009. – 231p.

179. Fenton, W.S. A programmatic approach to socially complex intervention development / W.S. Fenton // *J Ment Health Policy Econ*. – 2000. – N 3(2). – P.113-114.

180. Fenton, W.S. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia / W.S. Fenton, N.R. Schooler // *Schizophrenia Bulletin*. – 2000. – Vol. 26. – N1. – P.1–3.

181. Fitzgerald, D. Cognitive functioning in young people with first-episode psychosis: relationship to diagnosis and clinical characteristics / D. Fitzgerald, S.

- Lucas, M.A. Redoblado et al. // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 38 (7). – P.501–511.
182. Fleischhacker, W.W. Factors influencing compliance in schizophrenia patients / W.W. Fleischhacker, M.A. Oehl, M. Hummer // *J. Clin. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64(Suppl.). – № 16. – P.10-13.
183. Fleischhacker, C. Long-Term of Adolescent Schizophrenia / C. Fleischhacker, E. Schulz, K. Tepper et al. // *Schizoph Bull.* – 2005. – Vol. 31. – P. 769-780.
184. Folkman, S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire / S. Folkman, R. S. Lazarus // Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. – 1988. – 13p.
185. Frueh, B.C. Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study / B.C. Frueh, A.L. Grubaugh, K.J. Cusack et al. // *J Anxiety Disord.* – 2009. – N 23. – P.665–675.
186. Frydenberg, E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges / E. Frydenberg // Oxford University Press. – 2002. – 272p.
187. Frydenberg, E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / E. Frydenberg, R. Lewis // *American Educational Research Journal*. – 2000. – Vol. 37. – N 3. – P.727–745.
188. Gallhofer, B «Course of recovery of cognitive impairment in patients with schizophrenia: a randomised double-blind study comparing sertindole and haloperidol». *Pharmacopsychiatry*. – 2007. – N40 (6). –P.275-286. Перевод: Галхофер Б., Янсон П., Митту А. и др. Восстановление когнитивных функций у пациентов с шизофренией: двойное слепое сравнительное исследование галоперидола и сертиндола // *Социальная и клиническая психиатрия*. — Москва, 2008. — В. 1. — Т.18. — С.50—61.
189. Gaudiano, B.A. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results / B.A. Gaudiano, J.D. Herbert // *BehavRes Ther.* – 2006. – N44. – P.415–437.

190. Gaudiano, B.A. Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: current empirical status and future directions / B.A. Gaudiano // *Clin Psychol Sci Pract.* – 2005. – N12. – P.33–50.
191. Glahn, D.C. Differential working memory impairment in bipolar disorder and schizophrenia: effects of life time history of psychosis / D.C. Glahn, C.E. Bearden, S. Cakir, J.A. Barrett et al. // *Bipolar Disord.* – 2006. – N8. – P.117– 123.
192. Gonzalez, J.M. Review of the safety, efficacy, and side effect profile of asenapine in the treatment of bipolar 1 disorder / J.M. Gonzalez, P.M. Thompson, T.A. Moore // *Patient Prefer Adherence.* — 2011. — T.5. — P.333-341.
193. Gopal, Y. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation / Y. Gopal, H. Variend // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2005. – Vol.11. – P.38-44.
194. Gottdierner, W.H. Individual psychodynamic psychotherapy of schizophrenia: Empirical evidence for the practising clinician / W.H. Gottdierner // *Psychoanalytic Psychology.* – 2006. – N 23. – P.583-589.
195. Granholm, E. Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia / E. Granholm, D. Ben-Zee, P.C. Link // *Schizophr Bull.* – 2009. – Vol.35 (5). – P.874-883.
196. Gray, R. Adherence therapy for people with schizophrenia / R. Gray, M. Leese, J. Bindman et al. // *Br J Psychiatry.* – 2006. —N189.—P.508-514.
197. Green, M.F. New possibilities in cognition of enhancement for schizophrenia / M.F. Green // *Am. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 166. – N7. – P.749-752.
198. Haddock, G. Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis / G. Haddock, S. Lewis, R. Bentall, G. Dunn, R. Drake, N. Tarrier // *Br J Psychiatry.* – 2006. – N Mar188. – P.250-254.
199. Haller, C. Psycho-educational coping-oriented therapy for schizophrenia patients / C. Haller, K. Andres, A. Hofer, M. Hummer, S. Gutweniger, G. Kemmler, M. Pfammatter, U. Meise // *Neuropsychiatr.* – 2009. –№ 23. – P.174-183.

200. Hardie, E. Self-coping complexity: role of self-construal in relational, individual and collective coping styles and health outcomes / E. Hardie, C. Critchley, Z. Morris // *Asian Journal of Social Psychology*. – 2006. – Vol. 9. – P. 224–235.
201. Harris, M. The relationship between duration of untreated' psychosis and outcome: an eight-year prospective study / M. Harris, L. Henry, S. Harrigan et al. // *Schizophrenia Res.* – 2005. – № 79. – P.85-93.
202. Hodel, B. Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: First results / B. Hodel, R.S. Kern, H.D. Brenner // *Psychiatry Res.* – 2004. – Vol. 68. – P.107-108.
203. Hogarty, G.E. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior / G.E. Hogarty, S. Flesher, R. Ulrich et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 61. – P.866-876.
204. Horan, W.P. Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence / W.P. Horan, R.S. Kern, D.L. Penn, M.F. Green // *Am. J. Psychiatr. Rehab.* – 2008. – Vol.11. – P.205-252.
205. Jarbin, H. Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis / H. Jarbin, Y. Ott, A.L. Von Knorring // *J Am Acad Child Psy.* – 2003. – N42 (2). – P.176–183.
206. Jackson, C. The trauma of first episode psychosis the role of cognitive mediation / C. Jackson, C. Knott, A. Skeate, M. Birchwood // *Aust. NZ J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 38. – №5. – P.327- 333.
207. Jackson, H. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) / H. Jackson, P. McGorry, J. Edwards et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol.172. – Suppl.33. – P.93-100.
208. Kaleda, V.G. The Course and Outcomes of Episodic Endogenous Psychoses with Juvenile Onset (a follow-up study) / V.G. Kaleda // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2009. – Vol. 39. – N9. – P.873-884.

209. Kam, S.M. What needs to follow early intervention? Predictors of relapse and functional recovery following first-episode psychosis / S.M. Kam, S.P. Singh, R. Upthegrove // *Early Interv Psychiatry*. – 2013. – Nov 20.
210. Kampman, O. Indicators of medication compliance in first-episode psychosis / O. Kampman, P. Laippala, J. Vaananen et al. // *Psychiatry Res*. – 2002. – Vol. 15. – №110(1). – P.39-48.
211. Kao, Y.C. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, 'symptoms, and side effects / Y.C. Kao, Y.P. Liu // *Compr. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 51(6). – P.557-565.
212. Kates, W.R. Investigating the cognitive antecedents of schizophrenia / W.R. Kates // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167. – N2. – P.122-124.
213. Kern, R.S. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia / R.S. Kern, S.M. Glynn, W.P. Horan, S.R. Marder // *Schizophr. Bull.* – 2009. – Vol. 35. – P.347-361.
214. Keshavan, M.S. Correlates of insight in first episode psychosis / M.S. Keshavan, J. Rabinowitz, G. DeSmedt, P.D. Harvey, N. Schooler // *Schizophr Res*. – 2004. – N70 (2-3). – P.187-194.
215. Kingdon, D.G. Cognitive therapy of schizophrenia: Guides to evidence-based practice / D.G. Kingdon, D. Turkington // — New York: Guilford. – 2005. – 204p.
216. Kopelowicz. A. Recent advances in social skills training for schizophrenia / A. Kopelowicz, R.P. Liberman, R. Zarate // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Suppl. 1. – P.12-23.
217. Krabbendam, L. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review / L. Krabbendam, B. Arts, J. Van Os, A. Aleman // *Schizophr Res*. – 2005. – N80. – P.137– 149.
218. Kurtz, M.M. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis / M.M. Kurtz, P.J. Moberg, R.S. Gur, R.E. Gur // *Neuropsychol Rev*. – 2001. – Vol.11. – P.197–210.

219. Kurtz, M.M. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? / M.M. Kurtz, J.C. Seltzer, D.S. Shagan et al. // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 89. – P.251-260.
220. Lacro, J.P. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature / J.P. Lacro, L.B. Dunn, C.R. Dolder et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63. – P. 892-909.
221. Lazarus, R. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping / R. Lazarus // *Journal of Personality.* – 2006. – Vol. 74. – N1. – P.9–43.
222. Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus // - N.Y., 1966. – P.135-207.
223. Lazarus, R. Stress, appraisal and coping / R. Lazarus, S. Folkman // New York, Springer, 1984. – P.218-255.
224. Leucht, S. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia / S. Leucht, K. Komossa, C. Rummell-Kluge et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol.166. – P. 152-163.
225. Lewis, S. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes / S. Lewis, N. Tarrier, G. Haddock // *Brit J Psychiat.* – 2002. – Vol.181. – Suppl. 43. – P.91–97.
226. Liberman, R.P. Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation / R. P. Liberman // Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008. – 628p.
227. Liberman, R.P. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // *Psychiatr Serv.* – 2002. – Nov. N53. – P.1377-1379.
228. Lopez-Morinigo, J.D. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update / J.D. Lopez-Mornigo, R. Ramos-Rros, A.S. David, R. Dutta // *Compr Psychiatry.* – 2011. – N Aug 5. – P.313-322.

229. Lynch, D. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials / D.Lynch, K.R.Laws, P.J. McKenna // *Psychol. Med.* – 2009. – N May 29. – P.1–16.
230. Lysaker, P. Awareness of illness in schizophrenia: associations with multiples assessment of executive function / P. Lysaker, K. Whitney, L. Davis // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* – 2006. – Vol. 18. – P.516-520.
231. Lysaker, P. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style / P. Lysaker, G. Bryson, S. Lancaster et al. // *Schizophr Res.* – 2003. – Jan №1. – P.41-47.
232. Lysaker, P. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders / P.H. Lysaker, D. Roe, P.T. Yanos // *Schizophr Bull.* – 2007. – N 33. –P.192-199.
233. Macdonald, E. M. Stress and coping in early psychosis / E.M. Macdonald, S. Pica, S. Mcdonald et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172. – Suppl. 33. – P. 122–133.
234. Malla, A.K. Determinants of quality of life in first-episode psychosis / A.K. Malla, R.M. Norman, T.S. McLean et al. // *Acta Psychiat Scand.* – 2004. – N109 (1). – P.46–54.
235. Malla, A.K. First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome Ashok Malla and Jennifer Payne // *Schizophrenia Bulletin.* – 2005. – Vol. 31. - N3. – P.650–671.
236. Malla, A.K. Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (Client version) / A.K. Malla, R.M. Norman, T.S. McLean, E. McIntosh // *Acta Psychiat Scand.* – 2001. – N103 (5). – P.355–361.
237. Malla, A.K. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors / A.K. Malla, R.M. Norman, R. Manchandaetal // *J. Schizophr Res.* – 2002. – Vol. 54. – N3. – P.231-242.

238. Marshall, M. Early intervention for psychosis / M. Marshall, J. Rathbone // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2011. – NJun 15.
239. Martins, J. A re-analysis of the relationship among coping, symptom severity and quality of life in schizophrenia / J. Martins, A. Rudnick// *Schizophrenia Research.* – 2007. – N89. – P.355–356.
240. McGorry, P.D. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos et al. // *Schizophr. Bull.* – 1996. – Vol. 22. – N2. – P.305-326.
241. McGorry, P.D. The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform / P. D. McGorry // *World Psychiatry.* – 2002. – Vol. 1. – N2. – P.76–83.
242. McNab, F. Changes in cortical dopamine D1 receptor binding associated with cognitive training / F. McNab, A. Varrone, L. Farde et al. // *Science.* – 2009. – Vol. 323. – P.800-802.
243. Mintz, A.R. Insight in early psychosis: a one year follow up / A.R. Mintz, J. Addington, D. Addington // *Schizophr Res.* – 2004. – Vol. 67. - P.213-218.
244. Misdrahi, D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications / D. Misdrahi // *Encephale.* – 2002. – N May-Jun (28). – P.266-272.
245. Molina, V. Hypofrontality in men with first-episode psychosis / V. Molina, J. Sanz, S. Reigetal // *Br J Psychiatry.* – 2005. – N Mar (186). – P.203-208.
246. Monteiro, L.C. Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia / L.C. Monteiro, V.A. Silva, M.R. Louzã // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2008. – N258 (7). – P.402-405.
247. Morrison, A. Cognitive behavior therapy for people with schizophrenia / A. Morrison // *Psychiatry (Edgmont).* – 2009. – Dec №6 (12). – P.32-39.
248. Morrison, A. Cognitive behavior therapy for people with schizophrenia. / A. Morrison // *Psychiatry (Edgmont).* – 2009. – Dec №6 (12). – P.32-39.

249. Mueser K.T. Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia / K.T. Mueser, T. Sharma, P.Harvey // *Cognition in schizophrenia* (Eds.). New York, USA: Oxford University Press. – 2000. – P.157-177.
250. Mueser, K.T. Psychosocial treatments for schizophrenia / K.T. Mueser, F. Deavers, P.L. Penn, J.E. Cassisi // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2013. – N9. – P.465-497.
251. Mueser, K.T. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis / K.T. Mueser, W. Lu, S.D. Rosenberg et al. // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 116. – N2-3. – P.217-227.
252. Nash, L. Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context / L. Nash, J. Gorrell, A. Cornish et al.// *Austral N Z J Psychiat.* – 2004. – N38. – P.694-701.
253. Niendam, T.A. The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis / T.A. Niendam, C.E. Bearden, J. Zinberg // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33. – N3. – P.772-781.
254. Norman, R.M.G. Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains / R.M.G. Norman, A.K. Malla, R. Manchanda, L. Townsend // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 112. – P.30-39
255. Olfson, M. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia / M. Olfson, S.C. Marcus, J. Wilk, J.C. West // *Psychiatr Serv.* – 2006. – N57 (2). – P.205-211.
256. Osatuke, K. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research / K. Osatuke, J. Ciesla, J.W. Kasckow et al. // *Compr Psychiatry.* – 2008. – N49 (1). – P.70-77.
257. O'Donnell, C. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia / C. O'Donnell, G. Donohoe, L. Sharkey et al. // *B.M.J.* – 2003. – Vol. 11. – № 327 (7419). – P.834-839.

258. Penn, D. L. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia / D. Penn, D. Roberts, E. Munt et al. // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P.357-359.
259. Penn, D.L. Best practices: The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders / D.L. Penn, D.L. Roberts, D. Combs, A. Sterne // *Psychiatr. Serv.* – 2007. – Vol. 58. – №2-3. – P.449-451.
260. Perkins, D. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode / D. Perkins, J. Johnson, R. Hamer et al. HGDH Research Group// *Schizophr. Res.* – 2006. – № 83 (1). – P.53-63.
261. Pfammatter, M. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses / M. Pfammatter, U.M. Junghan, H.D. Brenner // *Schizophr Bull.* – 2006. – N Oct 32. – Suppl. 1. – P.64-80.
262. Preston, N.J. Gender differences in premorbid adjustment of patients with first episode psychosis / N. J. Preston, K.G. Orr, R. Date et al. // *Schizophr Res.* – 2002. – N55 (3). – P.285–290.
262. Rajji, T.K. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis / T.K. Rajji, Z. Ismail, B.H. Mulsant // *Br. J. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 195. – P.286-293.
263. Rathod, S. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia / S. Rathod, P. Phiri, D. Kingdon // *Psychiatr Clin North Am.* – 2010. – Vol. 33(3). – P.527-536.
264. Rathod, S. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics data on a previously published randomised controlled trial / S. Rathod, D. Kingdon, P. Smith, D. Turkington // *Schizophr Res.* – 2005. – Vol.74 (2-3). – P.211-219.
264. Reading, B. Early Intervention in Psychosis: Rationale and Evidence for Effectiveness / B. Reading, M. Birchwood // *Dis Manag Health Outcom.* – 2005. – N13. – P.53-63.
265. Rector, N. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review / N. Rector, A.T. Beck // *J. Nev. Ment. Dis.* –2001. –Vol.189. – P.278-287.

265. Rettenbacher, M.A. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication / M. Rettenbacher, A. Hofer, U. Eder et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – № 65 (9). – P.1211-1218.
266. Ritsher, J.B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritsher, J.C. Phelan // *Psychiatry Res.* – 2004. – Vol.129. – P.257-265.
267. Robinson, D.G. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder / D.G. Robinson, M.G. Woerner, J.M. Alvir et al. // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 1. – № 57 (2-3). – P. 209-219.
268. Robinson, D.G. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder / D.G. Robinson, M.G. Woerner, M. McMeniman et al. // *Am J Psychiat.* – 2004. – V.161. – P.473-479.
269. Rocca, P. Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia / P. Rocca, B. Crivelli, F. Marino et al. // *Compr Psychiatry.* – 2008. – Vol.49 (2). – P.170-176.
270. Roder, V. Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? / V. Roder, D.R. Mueller, K.T. Mueser, H.D. Brener // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Vol. 32. – P. 81-93.
271. Roe, D. Psychoeducation for people with psychotic symptoms: moving beyond information and towards inspiration / D. Roe, P.T. Yanos // *Behav. Ther.* – 2006. – Vol.29. – P.53-56.
272. Rüsçh, N. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome / N. Rüsçh, P.W. Corrigan, K. Powell et al. // *Schizophr Res.* – 2009. – N110 (1-3). – P. 65-71.
273. Ruddy, R. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses / R. Ruddy, D. Milnes // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2003. – Vol. 4.
274. Rund, B.R. The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated

- psychosis, and relapse / B.R. Rund, I. Melle, S. Friis, J.O. Johannessen et al. // *Schizophr Res.* – 2007. – Vol. 91. – P.132-140.
275. Scott, K.M. Sex differences in the disability associated with mental disorders / K.M. Scott // *Curr Opin Psychiatry.* – 2011. – Vol. 24. – P.331-335.
276. Segarra, R. Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder / R. Segarra, N. Ojeda, A. Zabala, J. García et al. // *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci.* – 2012. – Vol. 262. – P.95-105.
277. Seiffge-Krenke, I. Social skill and coping style as risk and protective factors / I. Seiffge-Krenke // 1998, (Ed.), *Adolescents' health: a developmental perspective.* – 1998. – P.125-150.
278. Shean, G.D. Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia / G.D. Shean // *Psychiatry.* – 2009. – Vol.72 (4). – P.307-320.
279. Silverstein, S.M. Shaping attention span: An operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia / S.M. Silverstein, A.A. Menditto, P. Stuve // *Schizophr. Bull.* – 2001. – Vol. 27. – P.247-257.
280. Staring, A.B. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders / A.B. Staring, M. Van der Gaag, M. Van den Berge, H.J. Duivenvoorden, C.L. Mulder // *Schizophr Res.* – 2009. – № 2-3. – P.363-369.
281. Startup, M. Insight and recovery from acute psychotic episodes: the effects of cognitive behavior therapy and premature termination of treatment / M. Startup, M.C. Jackson, S. Startup // *J Nerv Ment Dis.* – 2006. – Oct194 (10). – P.740-745.
282. Subotnik, K.L. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients / K.L. Subotnik, K.N. Nuechterlein, M.F. Green et al. // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 85. – P.84-95.
283. Sullivan, G. Social skills and relapse history in outpatient schizophrenics / G. Sullivan, S.R. Marder, R.P. Liberman, C.P. Donahoe, J. Mintz // *Psychiatry.* – 1990. – Vol. 53(4). – P.340-345.

284. Tattan, T.M. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication / T.M. Tattan, F.H. Creed // *Schizophr Bull.* – 2001. – Vol. 27(1). – P. 149-155.
285. Thompson, K.N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K.N. Thompson, P.D. McGorry, S.M. Harrigan // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62. – P.31-36.
286. Turkington, D. Cognitive behavior therapy for schizophrenia / D. Turkington, D. Kingdon, P.L. Weiden // *Am. J. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 163. – P.365-373.
287. Twamley, E.W. A review of cognitive training in schizophrenia / E.W. Twamley, D.V. Jeste, A.S. Bellack // *Schizophrenia Bull.* – 2003. – N29. – P.359–382.
288. Ucok, A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse // A. Ucok, A. Polat, S. Cakir, A. Gene / *Eur. Arch. Psychiatry ClinNeurosci.* – 2006. – Vol. 256. – P.37-43.
289. Vaillant, G. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology / G. Vaillant // *American Psychologist.* – 2000. – Vol. 55. – N1. – P. 89–98.
290. Valencia, M. Integrated treatment to achieve functional recovery for first-episode psychosis / M. Valencia, F. Juarez, H. Ortega // *Schizophr Res Treatment.* – 2012. – Vol. 10– P.18-23.
291. Veltro, F. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients / F. Veltro, I. Falloon, N. Vendittelli et al. // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* - 2006. - Vol. 2. - P.16.
292. Ventura, J. Remission and recovery during the first outpatient year of the early course of schizophrenia / J. Ventura, K.L. Subotnik, L.H. Guzik, G.S. Helleman et al. // *Schizophr Res.* – 2011. – N Oct132 (1). – P.18-23.
293. Verma, S. Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis / S. Verma, M. Subramaniam, E. Abdin, L.Y. Poon, S.A. Chong // *ActaPsychiatr Scand.* – 2012. – N Oct 126 (4). – P.282-289.

294. Wright, J. Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide / J. Wright, D. Turkington, D.G. Kingdon, M.R. Basco // Washington, DC: APP, 2009. – 354p.
295. Wykes, T. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes clinical models, and methodological rigor / T. Wykes, C. Steel, B. Everitt, N. Tarrrier // Schizophr Bull. – 2008. – Vol.34 (3) – P.523-537.
296. Xia, J. Psychoeducation for schizophrenia / J. Xia, L.B. Merinder, M.R. Belgamwar // Cochrane Database Syst Rev. 2011. – Jun 15(6).
297. Yanos, P.T. Pathways between internalized stigma and outcomes to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roe, K. Markus, P.H. Lysaker // Psychiatr Serv. – 2008. – N59. – P.1437-1442.
298. Zanelli, J. Specific and generalized neuropsychological deficits: a comparison of patients with various first-episode psychosis presentations / J. Zanelli, A. Reichenberg, K. Morgan // Am J Psychiatry. – 2010. – №167. – P.78-85.
299. Zappia, S. Coping styles in schizophrenia: study of clinical and functional variables as determinants of strategies to cope with stress / S. Zappia, C. Montemagni, A. Macrì, L. Sandei et al. // Riv Psichiatr. – 2012. – Vol.47 (3). – P.238-245.
300. Zubin, J. Vulnerability – a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring. // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol.86. – P.103-126.

Приложение

Наблюдение № 1(нормонозогнозический тип отношения к болезни)

Больной М., 1983 г.р. (23г).

Госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН 09.09.2012 с диагнозом «Шизофрения приступообразно-прогредиентная, манифестный галлюцинаторно-бредовой приступ». F.20.0. Выписан 18.12.2012.

Анамнез: (со слов больного и родственников). Родился от 1-ой нормально протекавшей беременности в возрасте матери 20 лет. Роды в срок без патологии, вес при рождении 3.400, длина тела 51 см. На протяжении полугода находился на грудном вскармливании, рос спокойным, развивался соответственно возрасту. Первые шаги сделал в 11 месяцев, отдельные слова с 1,5 лет, фразовая речь к 2-м годам. До 3-х лет воспитывался дома матерью, был живым, общительным ребенком. Охотно играл со сверстниками, в обществе которых стремился к лидерству. С 3-х лет посещал детский сад, принимал участие в детских утренниках, с удовольствием выступал, читал стихи. В возрасте 5 лет во время игры упал с крыльца, получил перелом ключицы. С 6 лет наблюдался у невропатологов по поводу тиков, получал терапию без видимого улучшения. С этого же времени после просмотра фильма про волков-оборотней стал испытывать страх темноты, боялся оставаться вечером один в комнате. В своем воображении явственно представлял лицо оборотня, мысленно рисовал сцены устрашающего характера. Данные страхи испытывал на протяжении 3-х лет. В школу пошел с 7 лет, легко адаптировался в новом коллективе, был организованным, самостоятельным. Учился с интересом, легко усваивал материал. До 3-го класса жил в г. Ростов-на-Дону, затем, в связи с замужеством матери, переехал в г. Люберцы. С этого времени воспитывался матерью и отчимом, которого с этого времени называет «папой». В новой школе освоился быстро, имел много друзей. Любимыми предметами были математика и история, однако, хорошо успевал по всем предметам. С 11 лет стал заниматься в

секции тхэкван-до, затем греко-римской классической борьбы. Регулярно посещал тренировки на протяжении 2-х лет, затем прекратил занятия. Помимо общеобразовательной школы занимался в музыкальной, где учился играть на балалайке и гитаре. В подростковом возрасте по характеру не менялся, оставался таким же живым, общительным, был «душой компании», с удовольствием принимал участие в школьных КВНах, вечерах. В старших классах школы вместе с друзьями создал музыкальную группу, которая существовала на протяжении 1,5 лет. В 16 лет был влюблен в одноклассницу, которая отвечала ему взаимностью, имел с ней близкие отношения. По окончании школы в 2012 году решил поступать в институт инженеров железнодорожного транспорта в г. Ростов-на-Дону, т.к. семья планировала переезжать на жительство в этот город. Успешно сдал вступительные экзамены и с сентября 2012 года приступил к обучению в институте. Жил в это время у бабушки с дедушкой, родители оставались в Люберцах. В компании сокурсников стал употреблять алкоголь, затем начал курить марихуану. Успеваемость оставалась хорошей, вовремя сдавал все зачеты и экзамены. Много времени проводил в компании друзей, посещал дискотеки, чувствовал прилив сил, подъем энергии. Увлёкся чтением литературы по астрологии, оккультным наукам, пытаюсь понять «тайный смысл вещей». Летом 2011 года сдал сессию, был переведен на 2-ой курс института. В это время родители приняли решение о возвращении его в Люберцы, в связи с чем был переведен в МГСУ. С этого времени прекратил прием марихуаны и алкоголя, осенью 2011 года приступил к занятиям в институте. В новом коллективе не смог найти общего языка с одногруппниками, был одиноким, замкнутым. Настроение постепенно снижалось, появились трудности в освоении учебного материала. Вместе с тем продолжал изучение оккультной литературы, магии чисел, астрологии. Посвящал этому все свободное время. Осенью 2011 года во время поездок в общественном транспорте появилось ощущение, что окружающие смотрят на него с особым значением, придают своим взглядам и жестам особый смысл, как будто хотят сообщить нечто

важное. Постепенно пришел к выводу, что окружающим известны его мысли, что все его переживания «открыты» для посторонних. В институте сторонился общества сокурсников, дома был замкнут, неразговорчив. Успеваемость снизилась, перестал понимать смысл прочитанного, не мог сконцентрировать внимание на каком-либо предмете. С трудом сдал зимнюю сессию, в основном пользуясь запасом прежних знаний. С февраля 2012 года перестал посещать занятия, приезжал в институт только для того, что бы сходить в буфет. С весны 2012 года стал слышать внутри головы «голоса», которые принадлежали его прежним друзьям. «Голоса» давали советы бытового плана, комментировали его поступки, окликали по имени. С этого времени стал избегать посещения общественных мест, перестал выходить на улицу. Время проводил дома за просмотром телепередач, однако вскоре стал испытывать ощущение, что телевизор воздействует на него своей энергией, «зомбирует» его. Полагал, что может «обмениваться информацией», виртуально общаться с соседом, который живет этажом выше. Перестал принимать ванну, т.к. считал, что после водных процедур его внутренний мир становится открытым для окружающих, чувствовал себя «духовно обнаженным», незащищенным. В июле 2012 года был консультирован врачом ПНД, по рекомендации которого на протяжении месяца принимал rispolept в дозе 2мг в сутки. С этого времени стал предъявлять жалобы на трудности засыпания, тревогу, беспокойство. По направлению ПНД был консультирован и госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН.

Психическое состояние при поступлении – выглядит соответственно возрасту, одет и причесан аккуратно. На беседу соглашается охотно, всесторонне ориентирован правильно. Во время беседы часто меняет положение тела, отмечаются произвольные сокращения мышц верхних конечностей, туловища. На лице улыбка, неадекватная содержанию беседы. На вопросы отвечает не в плане заданного, часто вопросом на вопрос. Мышление расплывчатое, с элементами соскальзывания. Ответ на вопрос подменяет рассуждением на тему вопроса. Затрудняется сформулировать

свои жалобы, выглядит растерянным. С трудом удается выяснить, что на протяжении последнего времени слышит внутри головы мужские «голоса», окликающие его по имени. Настроение характеризует как сниженное, отмечает трудности засыпания. Просит о помощи, настроен на лечение. Суицидальных мыслей не высказывает.

В отделении первое время выглядел тревожным, растерянным. Сообщал, что слышит внутри головы «голоса», которые окликают его по имени. Настроение было сниженным, тяготился пребыванием в стационаре. В беседе был многословен, для описания своих жалоб употреблял массу витееватых выражений, лишних слов. Часто, начав фразу, не мог ее закончить, т.к. «терял» мысль. Постепенно настроение выровнялось, мышление стало более упорядоченным. Обманы восприятия и бредовая симптоматика редуцировались. Идей отношения не высказывал, охотно общался с другими больными, играл в настольные игры, посещал физиотерапевтические процедуры, занятия ЛФК. Возобновил чтение художественной литературы. К моменту выписки у больного появилась критика к перенесенному состоянию, начал строить реальные планы на будущее.

Таким образом, при поступлении состояние больного определялось галлюцинаторно-бредовой симптоматикой с доминированием вербального псевдогаллюциноза комментирующего и императивного характера, с бредовыми идеями воздействия, значения, отношения, психическими автоматизмами, тревогой, депрессивным фоном настроения с выраженными когнитивными расстройствами.

Преморбидный склад личности - гипертимный, на уровне акцентуации характера. Доманифестный уровень социальной адаптации удовлетворительный: был достаточно активным, с интересом относился к учебе, с нагрузкой справлялся, поддерживал дружеские отношения с одноклассниками, а также со школьными друзьями, увлекался музыкой (играл в рок-группе, посещал концерты), в 16 лет начал встречаться с девушкой.

Начало заболевания относится к 18 летнему возрасту. Инициальный этап заболевания длительностью около года характеризовался преобладанием расстройств аффективного спектра, с постепенным нарастанием депрессивной симптоматики, явлений метафизической интоксикации.

На момент включения в исследование и начала психосоциальной терапии обманы восприятия и бредовая симптоматика редуцировались, сохранялись жалобы на сниженный фон настроения, некоторая тревожность. На вопросы исследователя о произошедшем сообщал, что у него был «психоз», «бред и голоса», что и послужило основанием для госпитализации. Достаточно подробно и откровенно рассказывал о событиях и переживаниях острого периода, сообщал, что «здесь врачи ему помогли», «сейчас чувствует себя гораздо лучше».

В беседе уравновешен, рассудителен. Демонстрирует терпимое отношение к сохраняющимся проявлениям болезни. Сообщает, что старается перебороть плохое самочувствие, не поддаваться унынию, хотя временами тяготится длительным пребыванием в стационаре, огорчается из-за набора веса, плохого самочувствия и потери прежней активности. В такие моменты старается отвлекаться чтением, просмотром фильмов, общением с другими больными, настольными играми, занятиями в спортзале, подбадривает себя построением планов на будущее, мыслями о предстоящем домашнем отпуске, встрече с друзьями (рассказывает, что они знают о произошедшем с ним, поддерживают, их отношение к нему не изменилось). Родителям старается не показывать своего состояния («не огорчать их лишней раз»). В вопросах сроков выписки и длительности поддерживающей терапии опирается на рекомендации лечащего врача «как скажет врач», понимает, что прием лекарств должен быть непрерывным. Демонстрирует обстоятельное отношение к лечению, активность в получении недостающей информации (например, спрашивает «Как определить, что лекарства уже можно отменить, например, через год?» или «Что еще можно сделать, что бы это [приступ] не повторилось?»), интересуется мнением психотерапевта о возможных сроках

возобновления учебы, занятий спортом. Позиция в отношении лечения – активное сотрудничество.

Таким образом, субъективное отношение к болезни у данного больного характеризуется достаточной степенью осознания болезненной природы своего состояния, без склонности к преувеличению или недооценке его тяжести, выявлена адекватная внутренняя модель лечения. Отличительные черты копинг поведения – активная позиция совладания («отвлечение»), тенденция к аффективно-позитивной стратегии («оптимизм»), способность к проблемному анализу ситуации, а также к сознательной, произвольной регуляции своих чувств и поведения («сохранение самообладания», «конструктивная активность»), стремление к поддержанию своего социального положения, общению и совместной деятельности («Обращение», «Сотрудничество»).

Наблюдение № 2 (гипонозогнозический тип отношения к болезни)

Больной Н., 24.01.1990г.р. (22 года).

Госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН 22.10.2012 с диагнозом «Шизофрения, приступообразная форма. Манифестный кататоногаллюцинаторный приступ». F.20.29. Выписан 27.12.2012.

Анамнез (со слов больного и родственников): Дед по линии отца злоупотреблял алкоголем. Ребенок родился от четвертой, нормально протекавшей беременности, от вторых срочных родов. При рождении масса 2700 гр., рост 50 см. Находился на искусственном вскармливании. В младенчестве отмечался нормальный ритм сна и бодрствования. Реакция на физический дискомфорт (голод, мокрые пеленки) была не устойчивая. Психомоторное развитие в соответствии с возрастными нормами. Первые слова с года, фразовая речь с полутора лет. Навыки опрятности сформировались к трем годам. Умеет пользоваться столовыми приборами с полутора лет. С трех лет посещал детский сад. Адаптировался в течение 2-3 месяцев. Предпочитал общаться с девочками. На контакт с детьми шел самостоятельно. В конфликтных ситуациях постоять за себя не мог. Любил подолгу сидеть в ванной с водой. Делал первые попытки играть в шахматы с отцом. В шесть лет пошел в нулевой класс общеобразовательной школы. К школе был подготовлен, посещал занятия с удовольствием. Успевал на «4-5». С особым удовольствием посещал физкультуру и пение. Домашние задания делал самостоятельно, без контроля и напоминаний, сразу по возвращении из школы. Свободное время проводил, собирая конструктор или гуляя на улице. С третьего класса несколько снизилась успеваемость, учился в среднем на «3», ровно по всем предметам. Предпочитал проводить время, гуляя на улице, играя в футбол. Имел большое количество приятелей, из числа одноклассников. Домашние задания делал под контролем. Дома либо помогал матери в поддержании домашнего хозяйства, либо смотрел

телевизор. За время старших классов школы успеваемость не изменилась, учился на «3». Собирал марки, монеты. Школу закончил в 2004г., получив аттестат, в котором были практически одни тройки. В дальнейшем пошел учиться в училище по специальности «монтажник оборудования средств связи». Выбор профессии был продиктован влиянием друзей. Адаптировался быстро. Учиться нравилось. Был на хорошем счету у преподавателей, постоянно ставили в пример другим студентам. В возрасте 17-18 лет начал курить и эпизодически употреблять алкоголь. В возрасте 18 лет получил отсрочку от призыва на срочную службу в связи с псориазом. Свободное время проводил дома, за просмотром телевизионных передач. Каждые выходные встречался со школьными приятелями, для игры в футбол. В 2007г. проходил производственную практику в фирме «РАСТР», в которую и был приглашен на работу, после окончания училища. Адаптировался в новом коллективе быстро, работа нравилась, со своими обязанностями справлялся. Периодически жаловался на тяжелые физические условия работы, т.к. обязан был ездить в частые командировки, сроком на 1-2 месяца, с перерывом между ними не более месяца. Состояние резко изменилось в середине апреля 2011г., после того, как во время пикника на берегу р.Москва утонул близкий друг. Через 2-3 дня после происшествия стали отмечаться колебания настроения с интервалом в несколько дней. Практически одновременно с этим стал более замкнутым, перестал проявлять инициативу в общении. Во время разговоров с родными винил себя в том, что не помог утопающему. С 7 мая до начала июля 2011г. находился в служебной командировке, из которой вернулся более замкнутым, чем до отъезда, раздражительным по малейшему поводу, стал неловким в движениях. С конца июля до конца августа 2011г. снова был в командировке, за время которой состояние изменилось: во время выполнения повседневных дел отдельные движения были резкими, быстрыми. Несколько раз жаловался матери на то, что «ударялся о мачту во время работы». Так же периодически стал замирать в одной позе, не реагируя на словесные обращения родных. Иногда, в это

время отмечалось ускоренное движения глаз, с кратковременной фиксацией на окружающих предметах. С 3 октября по конец декабря 2011г. снова был в командировке. Из поездки вернулся в прежнем состоянии, без заметных изменений. В дальнейшем, на протяжении нескольких месяцев стал менее общительным, более молчаливым, на вопросы отвечал односложно, не сразу, только после нескольких повторений. Все свободное время проводил за просмотром телепередач, смотрел все без разбора, на протяжении нескольких часов. С конца января 2012г. стал медлительным, усилилась моторная неловкость. Продолжал ходить на работу, был переведен с монтажа, на комплектацию систем. Удовлетворительно справлялся со своими новыми обязанностями. От командировок был на время освобожден. 14 июля 2012г. был проконсультирован невропатологом, в частном порядке. Получал терапию «фезамом», без эффекта. С 8 августа по 9 сентября 2012г. снова был отправлен в командировку. По возвращении заболел ОРЗ. Болел в течении недели. По выздоровлении отказался ходить на работу, не мог мотивировать причину отказа. Большую часть дня стал проводить лежа на диване, вставая только для приема пищи. При обращении в поликлинику № 27, был направлен в ПНД по месту жительства. На консультации у врача-психиатра было рекомендовано проконсультироваться в НЦПЗ РАМН. После консультации в амбулаторном отделе НЦПЗ РАМН был госпитализирован.

Психический статус при поступлении: пассивно соглашается на беседу с врачом. Реагирует только на просьбу, произнесенную громким голосом. Выглядит в соответствии со своим возрастом. Чисто, аккуратно одет. На вопросы врача отвечает после паузы, преимущественно кивком головы или односложно «да/нет». Голос тихий. О месте своего пребывания знает приблизительно, «какая-то больница». Считает себя больным, однако в чем именно заключается болезнь, сказать не может. Самостоятельно никаких жалоб не предъявляет. На госпитализацию согласился под уговорами матери. В ходе беседы выяснено, что больной слышит «голоса», однако сообщать подробности своих переживаний отказался. Во время разговора несколько

раз начинал над чем-то смеяться, отказывался сообщить, над чем именно смеется, заявляя «так просто». В целом продуктивному контакту мало доступен.

После начала лечения оставался замкнутым, большую часть времени проводил в палате, лежа в постели, беседу с врачом поддерживал формально. В конце первой недели сообщил о том, что «голоса» звучать тише и уменьшилось их количество. К середине второй недели перестал слышать «голоса» совсем. В дальнейшем сообщил о наличии у него «звучащих мыслей», которые в течение полутора недель редуцировались. В это же время стали свободными, легкими, менее скованными движения, улучшился аппетит, выровнялся фон настроения. В начале второго месяца лечения стал более общительным: разговаривал с соседями по палате, познакомился и стал общаться с пациентами из других палат, играл в настольный теннис, бильярд. Начиная с середины второго месяца лечения неоднократно был в домашних отпусках, во время которых помогал родителям в домашних делах, общался с друзьями. В течение последнего месяца состояние было стабильным.

Таким образом, при поступлении состояние определялось доминированием кататонической симптоматики с субступором. Преморбидный склад личности можно оценить как пассивный шизоид, в степени выраженности - акцентуация. Доманифестный уровень социальной адаптации средний: отмечались трудности в установлении контактов, замкнутость, низкая активность в учебной и трудовой деятельности.

Начало заболевания в возрасте 22 года, продромальный период с преобладанием расстройств астено-адинамического спектра длительностью около нескольких месяцев. На момент включения в исследование и начала психосоциальной терапии острая психопатологическая симптоматика редуцирована, самочувствие характеризует как хорошее. Во время беседы держится несколько напряженно, производит впечатление неполной доступности в плане своих переживаний, легко раздражается на вопросы о болезни. Сообщает, что основанием для госпитализации послужило

состояние переутомления, о проявлениях острого периода болезни не помнит. В качестве основных предъявляет жалобы на вялость, сонливость, трудности сосредоточения. Полагает, что вышеперечисленные жалобы являются побочным действием принимаемых лекарств («мне здесь слишком много лекарств дают»). Тем не менее, формально соглашается с необходимостью лечения, однако внутренняя модель лечения несформирована, отличается противоречивостью, размытостью (говорит, что «надо продолжать лечение», но ответить на вопросы что именно необходимо лечить, и каких результатов лечения можно ожидать, не может). Убежден, что улучшение состояния связано со сменой обстановки, «возможностью передохнуть». Позиция в отношении лечения – пассивное подчинение.

Таким образом, субъективное отношение к болезни у данного больного характеризуется недостаточной степенью осознания болезненной природы своего состояния, со склонностью к недооценке его тяжести, и возможных последствий болезни (гипонозогностический тип, избегающий подтип). Адекватная внутренняя модель лечения не сформирована, существующая позиция по отношению к лечению характеризуется переоценкой достигнутых результатов, некоторой беспечностью и неоправданной убежденностью в благоприятном исходе даже при отсутствии медикаментозного лечения в полном объеме.

Отличительные черты копинг поведения больного - активное «Избегание» (отказ от обсуждения болезненных проявлений, участия в разговорах, касающихся болезни, как с родителями, сверстниками, так и со специалистами («я ни с кем не хочу говорить о болезни, она не мешает мне общаться и иметь друзей»). А также отсутствие анализа ситуации (избегание мыслей о болезни и её последствиях («Я нормально себя чувствую, мне незачем думать о болезни»). Как следствие, адаптивная когнитивная копинг-стратегия «Планирование решения проблем» больным не использовалась, также не были представлены поведенческие паттерны проблемно-ориентированного поведения. Для снижения фрустрационной нагрузки

использовались копинги «Компенсация» и «Дистанцирование», направленные на уменьшение напряжения, уход из сложной ситуации («иду что-нибудь съесть или покурить», «старюсь поскорее лечь спать»). Адаптивные копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки», «Сотрудничество» больной также не использовал, сопровождая свой отказ от помощи противоречивыми сообщениями о том, что «хочет разобраться самостоятельно, устал от бесконечного лечение», и «всё уже обошлось само».

Наблюдение № 3 (гипернозогнозический тип отношения к болезни)

Больной Д, 1984г.р. (21год).

Госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН 08.02.2005 с диагнозом «Шизофрения приступообразная форма. Манифестный галлюцинаторно-бредовой приступ. F 20.02». Выписан 12.05.2005.

Анамнез: (со слов больного и родственников). Наследственность отягощена – мать больного в 1995 году находилась на лечении в НЦПЗ РАМН с диагнозом: Шизофрения приступообразная, депрессивно-бредовой приступ. В настоящий момент у психиатров не наблюдается, работает.

Больной родился в возрасте матери 23 года от 2-ой нормально протекавшей беременности вторым ребенком в семье. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Ходить начал к 1 году, говорить к 1,5 годам. В 2,5 года был отдан в ясли, туда же на работу устроилась мать больного. Адаптировался быстро, в поддержке матери не нуждался. По характеру формировался тихим, спокойным. Предпочитал игры в одиночестве, любил животных. Мог подолгу рисовать. Рос добрым, ласковым, послушным, был очень привязан к матери. Детских страхов не было, энурезом не страдал. В школу пошел с 7 лет, адаптировался легко. Друзей в классе не имел, отношения с одноклассниками были формальными. В возрасте 7 лет получил черепно-мозговую травму – удар качелями по голове, оказывалась медицинская помощь в травм.пункте. Успеваемость все годы обучения была низкой, имел «5» по труду и рисованию, по остальным предметам «3». Был домашним, тихим ребенком, много времени проводил в обществе старшей сестры. Когда больному исполнилось 11 лет, родители купили собаку, которая до сих пор является его самым близким другом. В подростковом возрасте по характеру не менялся. С 14 лет стал заниматься баскетболом, посещал секцию в школе. В этом же возрасте обследовался у эндокринолога по поводу повышенной массы тела, была рекомендована

диета. С этого времени стеснялся своей полноты, стремился похудеть. Появился интерес к противоположному полу, однако ухаживать за понравившимися девушками не пытался. В 1999 году закончил 9 классов, продолжил обучение в строительном училище. Учился с 1999 по 2002 год, с трудом освоился в новой среде, не смог найти общий язык с одноклассниками. Часто подвергался насмешкам, избиению. По окончании училища получил профессию плотника. Решил продолжить обучение в градостроительном колледже, где и учится в настоящее время. Учебой в колледже был доволен, отношения с одноклассниками сложились дружеские, стал посещать компании, изредка употреблял алкоголь. Каждое лето проводил в деревне, где чувствовал себя более уверенным, пользовался успехом у местных девушек, ходил на дискотеки. Возвращаясь в Москву время проводил в кругу семьи, много занимался, успевал только погулять с собакой. Летом 2004 году во время отдыха в деревне имел первый сексуальный опыт, который оказался неудачным. Рассказал об этом матери, с которой всегда был более близок, чем с отцом. В октябре обследован урологом и оперирован по поводу фимоза. Тяжело переживал эту ситуацию, в течение 3-х недель был подавлен, много курил. Спустя 3 недели операции познакомился по мобильному телефону (через sms) с девушкой, встречался с ней, имел близкие отношения. Вскоре по инициативе девушки расстался с ней. Тяжело переживал этот разрыв, был подавлен. Состояние изменилось в январе 2005 года – вновь познакомился с девушкой по мобильному телефону, при этом обратил внимание, что когда отправляет ей сообщение, в квартире сверху раздается сигнал. Решил, что наверху живет его первая знакомая девушка, пришел к выводу, что она его обманула. С этого сократился ночной сон, стал слышать внутри головы «голоса», которые принадлежали мужчинам и женщинам, живущим в квартире наверху. Слышал, как мужчины и женщины говорят, что нужно убить родителей больного и его самого, а бывшая знакомая за него заступается. Решил, что в голову вживлен чип, при помощи которого он слышит «голоса». Продолжал ходить на

занятия, слышал «голоса» только находясь в квартире. В таком состоянии находился на протяжении месяца. В первых числах февраля перестал спать по ночам, был взволнован, плакал, говорил матери, что скоро их всех убьют. По направлению ПНД № 19 был консультирован в НЦПЗ и госпитализирован в 4 отделение клиники.

Психическое состояние при поступлении – больной выглядит соответственно возрасту, одет и причесан аккуратно. Повышенного питания. Тревожен, напряжен, беспокойно оглядывается по сторонам, пристально смотрит в лицо собеседнику. Мимика бедная, на вопросы отвечает после пауз, голос тихий, говорит чуть слышно. На вопросы отвечает в плане заданного, после длительных пауз. Всесторонне ориентирован правильно. Сообщает, что слышит внутри головы «голоса», женский и мужской, которые угрожают ему. Жалуется на сильные головные боли, просит его обследовать, опасается, что в голове находится чип. Во время беседы часто замолкает, затем говорит, что видел некоторых из присутствующих в отделении раньше. В переживаниях доступен не полностью, критика к состоянию не полная. Пассивно соглашается на лечение, суицидальных мыслей не высказывает.

В отделении на фоне терапии галоперидолом в/в капельно и азалептином спустя 2 недели у больного отмечалась положительная динамика, выровнялось настроение, начал выходить на прогулки. На фоне лечения галоперидолом 30 мг в сут и азалептином 100 мг продуктивная симптоматика редуцировалась. К концу первого месяца лечения больной был отпущен в домашний отпуск, из которого вернулся с температурой 38, жалобами на страх, тревогу, «голоса». При этом отмечался выраженный тремор всего тела, скованность, слюнотечение, смазанная речь. На следующий день больной перестал глотать твердую пищу, отсутствовало самостоятельное мочеиспускание. Больной с трудом себя обслуживал, проводилась каттеризация мочевого пузыря 2 раза в сутки в течение 3-х дней. Постепенно был отменен галоперидол и азалептин, ежедневно проводился

лечебный плазмоферез (№ 7). Назначен циклодол 12 мг, акинетон 5 мг в/м, мексидол 100 мг 2 раза в день в/м, цистенал 8 капель 3 раза в день, церебролизин 5 мл в/в струйно, но-шпа 2 мл в/м 2 раза в день, седуксен 20 мг 2 раза в день в/м. Постепенно на фоне проводимой терапии восстановились функции мочеиспускания и глотания, уменьшились экстрапирамидные расстройства. Вновь появились галлюцинаторные расстройства, нарушился ночной сон. После нормализации соматического состояния больному был назначен рисполепт и азалептин. На фоне данной терапии обманы восприятия и бредовые идеи редуцировались, появилась спонтанная активность, больной помогал в уборке отделения. В отделении держался обособленно, инициативы в установлении личных контактов не проявлял; большую часть времени проводил за компьютерными играми («это помогает мне не отвлекаться от плохих мыслей»), много спал. В домашних отпусках поведение было правильным.

К моменту выписки настроение ровное, сформировалась критика к перенесенному состоянию. Настроен на продолжение терапии в амбулаторных условиях.

Таким образом, на момент поступления больного в клинику состояние определялось галлюцинаторно-бредовой симптоматикой с вербальными псевдогаллюцинациями императивного характера, бредовыми идеями преследования, воздействия, управления и явлениями психического автоматизма.

Преморбидный склад личности – сензитивный шизоид, степень выраженности на уровне акцентуации характера. Доманифестный уровень социального функционирования средний: испытывал трудности адаптации в коллективе сверстников, межличностные отношения характеризовались формальностью, отмечалась склонность к изоляции, отгороженности, а также недостаточная активность в учебной деятельности с низкой её продуктивностью.

Начало заболевания острое, в возрасте 20 лет, когда развилось галлюцинаторно-бредовое состояние. На момент включения в исследование обманы восприятия и бредовые идеи редуцировались, однако отмечался достаточно высокий уровень тревожности. В беседе держался напряженно, неуверенно, выглядел погруженным в свои переживания. Фиксирован на идеях собственной несостоятельности, мыслях о безысходности своего положения («Я до конца всё равно не вылечусь»). Демонстрировал чрезмерную чувствительность к оценке окружающих, страх обнаружения ими его несостоятельности, трудности принятия решений, а также сомнения в правильности своих представлений и оценок, болезненную рефлексивность, часто обвинял себя в неправильном поведении. Сообщал о тягостном чувстве одиночества. Жаловался на выраженный страх в ситуациях общения («не буду знать, что ответить», «не смогу придумать тему для разговора»). Рассказал, что часто ощущает растерянность, рост внутреннего напряжения, если инициатива в общении исходит от других юношей («старюсь отвечать односложно, поскорее закончить разговор, после этого ругаю себя за неуверенность, думаю, придумываю варианты ответов»).

На вопрос о причинах госпитализации и наличии психических расстройств, сообщает, что у него был «бред», «нервное истощение». Суждения больного отличались инфантильностью, поверхностностью и противоречивостью. Полагает, что лечение ему помогло, однако испытывает страх перед возможными отдаленными последствиями приема психотропных препаратов и, одновременно, делится своими предположениями о бессмысленности лечения. Демонстрирует обостренное реагирование на малейшие изменения самочувствия, тревожные опасения неизбежных осложнений приема психотропных препаратов, высокой вероятности скорого ухудшения состояния (например, говорит: «боюсь, что привыкну к лекарствам, стану зависимым от них», «принимать лекарства в таких количествах наверняка вредно для организма» и, через некоторое время

жалуется, что «страшно, что после отмены лекарств или снижения дозировки я снова почувствую себя хуже»).

Во время психокоррекционных бесед часто обращался за советом, задавал множество однотипных вопросов, неоднократно повторяя их («Я смогу учиться, если буду пить лекарства? А вдруг я буду тормозить - это будет всем заметно?», «А что делать, если узнают, где я лечился? Со мной точно перестанут общаться!», «Что отвечать, если спросят, чем я болел?», «Может быть мне поможет тренинг уверенности в себе или занятия боевыми искусствами?»), демонстрируя потребность в поддержке, опоре на авторитетное мнение, а также склонность к зависимой позиции, внушаемость, готовность пассивно следовать советам окружающих. Во время групповой психотерапевтической работы обнаруживал растерянность, сниженную способность к анализу обсуждаемых ситуаций, конформность в поведении. Наибольшая продуктивность и включенность в групповую работу отмечалась при директивном сопровождении со стороны психотерапевта (медицинского психолога).

Таким образом, у данного больного установлено отношение к перенесенному психотическому эпизоду по гипернозогностическому типу (уязвимый подтип), которое определялось достаточной степенью критического восприятия психопатологической симптоматики, а также гипертрофированным субъективным отражением осознания болезни с тревожными опасениями возможности ее повторения и последствий. Позиция в отношении лечения – пассивная кооперация.

Особенности копинг-поведения определялись искажениями когнитивной оценки с преувеличением субъективного значения стрессовых событий («катастрофизацией»), а также их интерпретацией больным как неподдающихся влиянию и контролю. Вследствие этого им преимущественно использовались неадаптивные поведенческие копинг-стратегии, такие как «избегание», и «отступление», а также относительно

адаптивные - «компенсация» (попытки улучшить свое состояние с помощью еды, сна, успокоительных средств, компьютерных игр и пр.) и «отвлечение» и «дистанцирование», что сопровождалось неадаптивными эмоциональными копинг-реакциями (самообвинение, безнадежность и отчаяние). Недостаточное использование копинг-стратегий «Планирование решения проблем» и «Принятие ответственности» определяло неадаптивность частого обращения к функциональным копинг-стратегиям «Обращение» и «Поиск социальной поддержки».

Наблюдение № 4 (диснозогностический тип отношения к болезни)

Больной Л, 1987г.р. (21 год).

Госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН 30.06.2008 с диагнозом «Шизоаффективный психоз юношеского возраста. Острый манифестный маниакальноаффективно-бредовой психоз». F 25.0. Выписан 07.09.2008.

Анамнез: (собран со слов родственников и данных мед.документации) наследственность отягощена по линии матери (бабка - в возрасте 65 лет находилась на лечении с острым бредовым состоянием). Больной родился в асфиксии, с обвитием пуповины. До года рос спокойным, в развитии не отставал от сверстников. С 1,5 лет стал более возбудимым, непоседливым. По характеру рос замкнутым, упрямым, сторонился общества сверстников, не умел играть с детьми, стремился к играм в одиночестве, много фантазировал, придумывал истории, сказки, отличался чрезмерной впечатлительностью. Был очень привязан к матери, без нее был непослушен, отказывался есть, спать; в д/у не адаптировался. Воспитывался дома матерью. С 5 лет был отдан в подготовительный класс частной школы, адаптировался в течение года (первое время мать была вынуждена сидеть вместе с ним в школе, если не находил ее после урока, начинал плакать). В средних классах стал более общительным, однако отношения со сверстниками носили формальный характер. Учился легко, был отличником. Вне школы увлекался только компьютерными играми. Вплоть до 13-14 лет ежедневно по несколько раз звонил матери, узнавая, где она и все ли у нее в порядке. Болезненно реагировал на ее уходы в гости, театр. С 15 лет несколько изменился по характеру – стал более скрытным в общении с родными, однако стал спокойнее отпускать мать из дому, появились приятели. При этом появилась конфликтность и оппозиционность в отношениях с отцом, постоянно спорил с ним и постепенно в последние годы практически прекратил всякие отношения. По окончании школы по настоянию родителей с высоким проходным баллом поступил в ВШЭ, учеба

давалась с трудом, занимался дополнительно с репетиторами. На втором курсе (18 лет) появились приятели из группы, стал жить «студенческой жизнью» (в компании сверстников отдыхал в Тунисе), проявлял интерес к противоположному полу, однако девушки взаимностью не отвечали, был в некоторой степени фиксирован на этом, но активных попыток наладить личную жизнь не предпринимал. В марте 2008 года появились близкие отношения с девушкой, в этот период отметил подъем настроения, стал меньше спать, ночами занимался, все успевал. В конце мая получил положительный ответ на поданный ранее запрос продолжить обучение во Франции, в котором сообщалось, что он выиграл конкурс и может рассчитывать на бесплатное обучение. Испытал огромную радость, понял, что он на многое способен, что все удастся. Состояние изменилось остро в начале июня - настроение стало резко повышенным, не мог удержаться на месте, постоянно находился в движении, практически перестал спать, понял, что он излучает позитивную энергию, от него исходит добро, что он может предвидеть события и управлять людьми и ситуацией, подчиняя ее себе и своим интересам. Практически перестал спать. Стал резок и груб в отношениях с родными, требовал безукоризненного себе подчинения. Стал изучать религиозную литературу, говорил, что именно она помогает ему понять свое истинное предназначение. В связи с таким состоянием был госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН.

При поступлении состояние определяется маниакально-бредовой симптоматикой, бредовыми идеями мегаломанического содержания, а также бредовыми идеями воздействия, отношения, эпизодами психомоторного возбуждения, сокращением ночного сна.

Преморбид – личность больного из круга сенситивных шизоидов с высокой степенью аутизации. Доманифестный уровень социальной адаптации сниженный: в коллективах сверстников адаптировался с трудом, испытывал трудности в общении с девушками, отмечалась замкнутость, низкая активность в учебе, с нагрузкой справлялся с трудом.

Начало заболевания в возрасте 21 года, инициальный этап длительностью около года с преобладанием расстройств аффективного спектра.

На момент включения в исследование продуктивная психопатологическая симптоматика редуцировалась, жалоб активно не предъявляет. Сообщает, что тяготится пребыванием с отделении, убежден, что проблем со здоровьем не имеет. Факт госпитализации объяснял необходимостью коррекции последствий лечения, которое нанесло вред его здоровью. Полагает, что из-за приема психотропных препаратов стал заторможенным, начал медленно соображать, потерял уверенность в себе, появился депрессивный фон настроения, «всё стало серым, бессмысленным». Демонстрирует убежденность в отсутствии необходимости специального лечения («мне надо не лечиться, а отдохнуть с друзьями, начинать искать работу!», «мне плохо из-за того, что я столько времени здесь «торчу», теряю время!»). Считает, что врачи и родственники преувеличивают тяжесть его состояния («мне здесь только хуже, не понимаю, зачем меня здесь держат», «Как только меня выпустят, все будет нормально»). Эпизоды неправильного поведения в остром периоде болезни хотя и признает, но рассказывает о них крайне неохотно. На вопросы, связанные с болезнью, лечением и т.п. реагирует с раздражением, подчеркивая, что «до лечения чувствовал себя на много лучше». Позиция в отношении лечения – конфронтация.

Таким образом, субъективное отношение к болезни у данного больного характеризуется искаженным представлением о своем «нормальном» и «болезненном» психических состояниях, склонностью к недооценке тяжести последствий перенесенного эпизода, а также ошибочной атрибуцией психопатологической симптоматики к своим личностным особенностям. Понимание необходимости лечения отсутствует. Отличительные черты копинг поведения – чрезмерная эксплуатация копингов «Бегство-Избегание», «Положительная переоценка», «Оптимизм», умеренно частая – копинг-стратегий «Конфронтация» и «Компенсация», а также низкий уровень использования адаптивного проблемно-ориентированного поведения.