

Основные концепции психотерапевтической коррекции больных шизофренией

З. Ш. Ашуров*,¹, доктор медицинских наук, профессор

З. В. Шин*,**

Д. П. Ким*

* *Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

** *ГККПБ, Ташкент, Узбекистан*

Резюме. В рамках проведенной работы обследованы 84 больных, проходивших стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента на протяжении 2017-2020 гг. Средний возраст обследуемых составил 35 лет, минимальный возраст — 21 год, максимальный — 57 лет. Средняя длительность заболевания — 6-7 лет, минимальная — 1,5 года, максимальная — 26 лет. Были обследованы больные с непрерывным (F 20.x0), приступообразно-прогредиентным течением (F 20.x1) и приступообразным со стабильным дефектом (F 20.x2), с ведущими параноидным, астеническим и астенодепрессивным синдромами, апатоабулическим и смешанным типом формирующегося дефекта. Разработана и проведена специальная программа психотерапевтической коррекции больных шизофренией. Специфика данной программы — минимум отрицательных эмоций, вызываемых у пациентов; акцент на позитивных сторонах личности; взаимодействие строится в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (физическому и духовному); открытость, четкое модулирование своих эмоций и рефлексии; активная позиция ведущих.

Ключевые слова: шизофрения, психотерапия, психотерапевтическая коррекция, когнитивные нарушения, социальный дефицит, качество жизни.

Для цитирования: Ашуров З. Ш., Шин З. В., Ким Д. П. Основные концепции психотерапевтической коррекции больных шизофренией // *Лечащий Врач.* 2021; 5 (24): 07-09. DOI: 10.51793/OS.2021.55.60.001

Basic concepts of psychotherapeutic correction in patients with schizophrenia

Z. Sh. Ashurov*,¹, Z. V. Shin*, **, D. P. Kim*

* *Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

** *City Clinical Psychiatric Hospital, Tashkent, Uzbekistan*

Abstract. As part of the work carried out, 84 patients undergoing inpatient treatment at the City Clinical Psychiatric Hospital of Tashkent during 2017-2020 were examined. The average age of the subjects was 35 years old, the minimum age was 21 years old, and the maximum age was 57 years old. The average duration of the disease is 6-7 years, the minimum is 1.5 years, and the maximum is 26 years. Patients with a continuous (F 20.x0), paroxysmal progressive course (F 20.x1) and paroxysmal with a stable defect (F 20.x2), with leading paranoid, asthenic and astheno-depressive syndromes, apatoabulic and mixed type of developing defect were studied. A special program of psychotherapeutic correction of patients with schizophrenia has been developed and carried out. Specificity of this program: minimum of negative emotions evoked in patients; emphasis on the positive sides of the personality; interaction is built in an atmosphere of mutual acceptance, conducive to self-expression (physical and spiritual); openness, clear modulation of your emotions and reflection; active position of the leaders.

Keywords: schizophrenia, psychotherapy, psychotherapeutic correction, cognitive impairment, social deficit, quality of life.

For citation: Ashurov Z. S., Shin Z. V., Kim D. P. For citation Basic concepts of psychotherapeutic correction in patients with schizophrenia // *Lechaschy Vrach.* 2021; 5 (24): 07-09. DOI: 10.51793/OS.2021.55.60.001

Психическое здоровье является важнейшей частью общего здоровья населения Республики Узбекистан. Главными направлениями государственной политики в сфере медицины являются забота о психическом здоровье населения, профилактика, диагностика

и лечение психогенных и психосоматических расстройств. Одним из самых инвалидизирующих психических заболеваний является шизофрения. Внимание ученых всего мира приковано к изучению данного заболевания, так как оно приводит к потере трудоспособности среди молодого населения. Шизофрения — это хроническое прогредиентное заболевание с нарушением психических процессов (мышления, восприятия, ощущений

¹ Контактная информация: zardil78@mail.ru

и др.), что приводит к расщеплению личности пациента [1]. Отдельное внимание при изучении данной патологии заслуживают когнитивные нарушения. Исследование нарушений когнитивных функций ведется на протяжении многих лет. История этого вопроса начинается с Эмиля Крепелина, считавшего, что причиной *dementia praecox* (раннего слабоумия) случит органическое поражение головного мозга [2]. В зарубежной литературе термин «когнитивная схема» («cognitive schemes») чаще используется в социальной или когнитивной психологии. Chan et al. (1999) назвали ее «схемой события как способа концептуализации прошлого, или ментальной моделью». Сама когнитивная схема как понятие существует несколько десятилетий. Социальные схемы необходимы для оценки человека и его социальной роли [3]. В современном мире все больше ученых интересуются изучением особенностей когнитивных схем. У пациентов с шизофренией при оценке большой группы симптомов остро стоит вопрос о нарушениях в социальном познании (social cognition) [4]. Ученые предприняли попытку найти соответствующие нарушения в головном мозге, а также терапевтические методы их коррекции. Ряд ученых, например Long et al. (1999) и Kleider et al. (2008), в своих исследованиях привели убедительные доказательства в пользу нарушения мнестических функций при шизофрении и непосредственной причастности к этому патологических изменений мозговых структур [5, 6]. Наблюдающийся в настоящее время в мире экономический рост и интенсивное развитие современных технологий с увеличением информационной нагрузки на психику человека усиливают значение вопросов общей психиатрии, психотерапии и медицинской психологии как области науки и практической деятельности, способной в значительной мере повлиять на возможные последствия воздействия психогенных стрессовых факторов на личность, семью и общество в целом, что требует ускоренного развития психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической службы, а также внедрения эффективных методических и организационных подходов.

Материалы и методы исследования

Обследованные нами больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице Ташкента (ГКПБ) на протяжении 2017–2020 гг. Были обследованы 84 больных, 48 из них вошли в основную группу и 36 – в контрольную. Средний возраст обследуемых составил 35 лет, минимальный возраст – 21 год, максимальный – 57 лет. Средняя длительность заболевания – 6–7 лет, минимальная – 1,5 года, максимальная – 26 лет. Были исследованы больные с непрерывным (F 20.x0), приступообразно-прогредиентным течением (F 20.x1) и приступообразным со стабильным дефектом (F 20.x2), с ведущими параноидным, астеническим и астенодепрессивным синдромами, апатоабулическим и смешанным типом формирующегося дефекта. Большинство больных основной группы не состоят в браке и проживают вместе с родственниками. С помощью метода клинико-психологической беседы (Ф.С. Сафуанов, 1998) мы выявляли характеристики социального статуса больного (пол, возраст, образование,

семейное положение, с кем проживает), а также отношение к болезни и методам ее лечения, наличие и осознанность психологических проблем, желание проходить психологическую коррекцию. Сбор необходимых анамнестических данных больного (психиатрической диагноз, тип течения, форма и длительность заболевания, степень выраженности дефекта, психический статус) осуществлялся с помощью анализа медицинской документации (историй болезни, медицинских карт). Применялись экспериментально-психологические методы – стандартизированные (тестовые, опросники) и проективные методики, клинико-психологические методы (беседы, наблюдения, интервью) и способы клинической оценки (шкалы) – Клиническая шкала оценки эффективности психотерапии (Б. Д. Карвасарского) 1990 г.

Методы математической статистики: для статистического сравнения групп использовались U-критерий Манна–Уитни для независимых выборок и T-критерий Уилкоксона для зависимых выборок; для установления корреляционных связей – коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Обработка результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 11.5.

Результаты и обсуждение

После курса психофармакологического лечения в контрольной группе и его сочетания с психологической коррекцией в обеих группах проводились повторное тестирование и клиническая оценка состояния больных.

Корреляционная плеяда значимых взаимосвязей ($p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$) между показателями концепций при повторном исследовании в контрольной группе отражает низкую согласованность изменений их параметров, о чем свидетельствует снижение числа и уровня значимости корреляций. Критерий степени симптоматического улучшения: симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью (0% в основной и контрольной группе); симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью (9% в основной и 17% в контрольной группе); симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью (88% в основной и 83% в контрольной группе); симптоматика отсутствует (3% в основной и 0% в контрольной группе).

Критерий степени изменения нарушенных отношений личности – отсутствие изменений (2% в основной и 86% в контрольной группе); изменение отношения к психогенному компоненту болезни и необходимости психологической коррекции (37% в основной и 7% в контрольной группе); изменение отношений больного лишь в сфере, относящейся к актуальной конфликтной психотравмирующей ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности (42% в основной и 7% в контрольной группе); изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой (19% в основной и 0% в контрольной группе).

Критерий степени улучшения социального функционирования – низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием (2% в основной и 38% в кон-

трольной группе); умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием (62% в основной и 57% в контрольной группе); значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием (30% в основной и 5% в контрольной группе); выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием (6% в основной и 0% в контрольной группе).

Критерий осознания болезни — отрицание психического заболевания, отказ от лечения (5% в основной и 11% в контрольной группе); формальное осознание психического заболевания, пассивное согласие на лечение (10% в основной и 48% в контрольной группе); осознание психического заболевания и необходимости лечения (59% в основной и 22% в контрольной группе); осознание и принятие психического заболевания, активное сотрудничество с врачом по вопросам лечения (26% в основной и 19% в контрольной группе).

Таким образом, по параметрам клинической шкалы (критерии степени симптоматического улучшения, улучшения социального функционирования и осознания болезни) выявляются значимые улучшения изучаемого клинического состояния больных шизофренией при сочетании психофармакологического лечения с психологической коррекцией. После лечения пациенты обеих групп более удовлетворены усилением положительных эмоций и подъемом энергии, в то время как остается неудовлетворенность своей сексуальной активностью и финансовым положением. При этом в основной группе отмечаются более высокий уровень удовлетворенности социальными взаимоотношениями и усиление положительных эмоций.

В основной группе произошло значимое повышение показателей по следующим сферам. В психологической сфере (Ф1) медиана повысилась с 13,5 до 16,0 баллов; в сфере микросоциальных отношений (Ф2) — с 12,0 до 16,5 баллов; в духовной сфере (Ф3) — с 13,0 до 15,5 баллов; в сфере самоконтроля и самопомощи — с 13,0 до 16,5 баллов. В сфере социально-правового статуса значение медианы не изменилось (14,5 баллов). В сфере психического здоровья медиана повысилась с 10,0 до 13,0 баллов; в суммарной итоговой оценке — с 67,0 до 81,5 баллов.

В контрольной группе по параметру «психологическая сфера» медиана возросла с 13,5 до 14,0 баллов; по параметру «микросоциальные отношения» — с 13,5 до 14,5; по параметру «духовная сфера» — с 12,0 до 14,5; по параметру «самоконтроль и самопомощь» — с 13,0 до 15,0 баллов. По параметру «социально-правовой статус» значение медианы не изменилось (14,5). По параметру «психическое здоровье» значение медианы возросло с 10,0 до 11,0; по параметру «итоговая оценка» — с 68,0 до 73,0 баллов.

Выводы

Таким образом, полученные результаты показывают, что в процессе направленной психологической коррекции происходит частичное восстановление нарушенной концепции больных шизофренией — повышается целостность и сбалансированность представлений о себе, стабилизируется адекват-

ное, последовательное эмоциональное отношение к себе, что приводит к повышению мотивации в социальном поведении, подтверждая гипотезу проведенного нами эмпирического исследования.

Наше исследование показало, что проведение только психофармакологического лечения в некоторой степени снижает дезинтегрированность концепций пациентов, однако может приводить к развитию госпитализма в связи с усилением противоречивости самоотношения и трудностями дальнейшей социальной адаптации. Специфика данной программы состоит в четкой структуризации пациентами представлений о себе посредством техник, обучающих вербализации собственных мыслей; акценте на позитивных сторонах личности; закреплении нового опыта в поведенческом тренинге, опоре на креативные способности и интересы пациентов; обучении социальному поведению, четкому выражению своих эмоций и мыслей через копирование модели вербального и невербального поведения ведущих. В процессе психологической коррекции стимулировалось творчество больных, обладающее целебными механизмами восстановления целостности личности. Практика проведения психологической коррекции с больными шизофренией показала, что привнесение именно творческого компонента, а не простая тренинговая отработка навыков, создает у больных мотивацию к посещению занятий, преодолению трудностей в решении внутриличностных и межличностных проблем. Исследование динамики концепций и эффективности проведенной психологической коррекции с помощью объективных и субъективных критериев оценки показало, что учет особенностей концепций больных шизофренией повышает эффективность психологической коррекции, что делает возможным более широкое ее внедрение в практику лечения и реабилитации соответствующей группы больных. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Cantor-Graae E., Selten J. P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review // *Am. J. Psychiatry*. 2015; 162: 12-24.
2. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 2016; 189 (4): 373-378.
3. Turkington D., Kingdon D., Weiden P. J. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. 2017; 163: 365-373.
4. Fridberg D. J., Brenner A., Lysaker P. H. Verbal memory intrusions in schizophrenia: Associations with self-reflectivity, symptomatology, and neurocognition // *Psychiatry Res*. 2015; 179: 6-11.
5. Janssen L., Krabbendam L., Jolles J., van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives // *Acta Psychiat. Scand*. 2017; 108: 110-117.
6. Kapur S. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. 2018; 160: 13-23.