

На правах рукописи



МИКИЛЕВ

Филипп Филиппович

**АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ С ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ**

14.01.06 – психиатрия (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Томск – 2013

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно–исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН).

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

Семке Аркадий Валентинович, доктор медицинских наук, профессор

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Сумароков Андрей Алексеевич, доктор медицинских наук, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно–Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО.

Дресвянников Владимир Леонидович, доктор медицинских наук, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии.

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 18 декабря 2013 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д.001.030.01 при ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН по адресу: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 14 ноября 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите

докторских и кандидатских

диссертаций Д.001.030.01

кандидат медицинских наук



Перчаткина Ольга Эрнстовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В настоящее время расстройства шизофренического спектра продолжают занимать особое место среди всех форм психической патологии в связи с достаточно высокой распространенностью и серьезными социальными последствиями для личности (Мухаметшина З.Ф., 2008; Корнетова Е.Г., Семке А.В., 2009; Даниленко О.А., 2011; Рахмазова Л.Д., Семке А.В., Очирова И.Б., 2012). При этом в их структуре ипохондрическая симптоматика является не только одной из наиболее часто встречающихся, но также трудно диагностируемой (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов АН., 2010) и поддающейся лечению формой психической патологии, а контингент пациентов с ипохондрическими расстройствами составляет высокую долю от числа всех лиц, обращающихся за медицинской помощью как в специализированной психиатрической, так и в общемедицинской сети (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. с соавт., 2005; Бурлаков А.В., 2006; Дубницкая Э.Б., Волель Б.А., Серебрякова Е.В., 2008; Андрющенко А.В., 2011; Martin A., Jacobi F., 2006; Fergus T.A., Valentiner, D.P., 2009).

Несмотря на то, что различные аспекты психопатологии шизофренических расстройств с ипохондрическими включениями изучались множеством исследователей (Фролова В.И., 2006; Дубницкая Э.Б., Волель Б.А., Серебрякова Е.В., 2008; Павлова Л.К., 2009; Романов Д.В., 2009), до настоящего времени не существует единой точки зрения относительно роли ипохондрической симптоматики при расстройствах шизофренического спектра (Райзман Е.М., 2003).

Конституциональные особенности пациентов являются не только фоном развития расстройств шизофренического спектра, но и факторами, влияющими на течение заболевания. Важнейшими из конституциональных факторов являются пол и соматотип пациента. Но работы, посвященные изучению конституциональных особенностей пациентов, в основном посвящены шизофрении в целом, без рассмотрения отдельных форм (Корнетова Е.Г., 2001).

В рамках современной биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья (Полищук Ю.И., 2008) показатели социальной адаптации и качества жизни пациентов являются неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки эффективности оказываемой помощи (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998; Шмуклер А.Б., 1999; Незнанов Н.Г., Масловский С.Ю., Иванов М.В., 2004; Березанцева А.Ю., Митрофанова О.И., 2009; Волчкова Т.Ф., Дроздовский Ю.В., 2011; Тараканова Е.А., 2011).

Проблема терапии ипохондрических состояний дискутируется в многочисленных исследованиях (Райзман Е.М., 2003; Barsky A.J., Ahern D.K., 2004), но вопросы терапевтической тактики при ипохондрических нарушениях в аспекте их соотношения с расстройствами шизофренического спектра освещены недостаточно, а данные о результатах психофармакотерапевтического воздействия ограничены (Starcevic V., Lipsitt D., 2001). Проблема оптимизации терапии и реабилитации этого контингента пациентов остается актуальной в связи с высокой терапевтической резистентностью ипохондрических расстройств,

формирующихся в рамках эндогенного процесса (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2006).

Степень разработанности темы исследования. На сегодняшний день являются малоизученными конституционально–биологические особенности пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой. Остается без должного рассмотрения ее влияние на адаптационные возможности и показатели качества жизни пациентов. Сохраняется дефицит работ, посвященных проблемам лечения, социо– и психотерапевтической реабилитации данных пациентов на современном методологическом уровне, и предлагающих интегрированный биопсихосоциотерапевтический подход к данным расстройствам.

Целью исследования является изучение адаптационных возможностей и качества жизни пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой, в зависимости от клинико–динамических особенностей течения заболевания и их конституционально–морфологических характеристик, а также разработка дифференцированных реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико–динамические особенности течения заболевания у пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой.
2. Изучить клинико–конституциональные взаимосвязи при шизофрении и шизотипическом расстройстве с ипохондрической симптоматикой.
3. Изучить клинические и социальные аспекты адаптации данной категории пациентов в динамике заболевания, а также оценить их качество жизни на момент обследования.
4. Разработать дифференцированные реабилитационные программы для данной категории пациентов, включающие систему психофармакологических, психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий.

Научная новизна. Впервые были выявлены факторы, предрасполагающие к проявлению ипохондрической симптоматики в структуре расстройств шизофренического спектра. У данных пациентов были исследованы клинические особенности течения заболевания, что выявило у них статистически значимо меньшую выраженность негативных расстройств по типу «выпадения» по сравнению с пациентами группы сравнения и их преимущественное протекание по типу «искажения» (по Г. В. Логвинович). На момент поступления по шкале PANSS данные пациенты статистически значимо отличались от пациентов группы сравнения более высокими баллами по кластеру «Депрессия». Были изучены показатели адаптации пациентов в динамике заболевания и доказано отрицательное влияние ипохондрической симптоматики на их адаптационные возможности, препятствующее появлению социально-ориентированных внутренних адаптационных реакций и способствующее формированию более «незрелых» компенсаторно-приспособительных защит и неблагоприятных типов адаптации. Была выявлена взаимосвязь между конституционально–морфологическими характеристиками пациентов, страдающих расстройствами

шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, и клинико–динамическими особенностями течения заболевания, а также формирующимися у пациентов типами адаптации. Оценка качества жизни выявила, что данные пациенты менее состоятельны в социальном плане и по мере нарастания ипохондрической симптоматики проявляют все более высокий уровень диссоциации между объективными показателями качества жизни и их субъективной оценкой, в большей степени, тяготеющей к неудовлетворенности. Исследованы особенности субъективной реакции пациентов на различные лечебные и реабилитационные мероприятия.

Теоретическая и практическая значимость работы. На основе полученных новых теоретических результатов разработаны и внедрены в практику дифференцированные реабилитационные программы, учитывающие клинико–динамические особенности течения заболевания у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, их адаптационные возможности, показатели качества жизни и субъективные реакции на различные лечебные и реабилитационные мероприятия. Активное сочетание психофармакотерапии и различных методов психотерапии позволяет значительно повысить адаптационные возможности пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, за счет улучшения комплайенса, снижения частоты повторных госпитализаций, повышение качества ремиссий, улучшения функционирования в семье и на работе.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось на базе Клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (директор – член–корреспондент РАМН, проф., д.м.н., Заслуженный деятель науки РФ Н.А. Бохан; главный врач – д.м.н., заслуженный врач РФ В.Ф. Лебедева). *Объектом* исследования являлись пациенты, проходившие стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в период с 2010 по 2013 год, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении и шизотипического расстройства по МКБ–10. *Критериями включения* пациентов в основную исследуемую группу являлись: возраст от 18 до 54 лет включительно; диагноз – шизофрения или шизотипическое расстройство, установленный по критериям МКБ–10 с давностью катамнеза не менее одного года; наличие ипохондрической симптоматики в динамике заболевания (аффективно окрашенные ипохондрические идеи бредового, сверхценного или навязчивого характера; патологические телесные сенсации и/или висцеральные галлюцинации; ипохондрическая деперсонализация; нарушения активности и поведения); умение читать и писать на уровне, достаточном для выполнения оценочных процедур, связанных с проведением исследования; способность дать письменное информированное согласие; госпитализация в психиатрический стационар. *Критериями исключения* являлись: наличие у пациента другого или других психических расстройств, обуславливающих тяжесть состояния на момент поступления пациента в стационар; наличие на момент поступления в стационар приобретенных нарушений скелетного остова. Все пациенты получали лечение, включающее лекарственную терапию с обязательным назначением

антипсихотика, выбор которого осуществлялся при непосредственном участии пациента с учетом его финансовых возможностей и пожеланий. Всем пациентам предлагался курс психотерапии в зависимости от показаний – групповая психодинамическая арт-терапия, индивидуальная суппортивная психодинамическая психотерапия, индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия.

В соответствии с критериями отбора, в основную группу вошли 120 пациентов, в структуре расстройств которых, наряду с типично шизофреническими нарушениями присутствовала ипохондрическая симптоматика. Группу сравнения составили 50 аналогичных по возрастно-половым характеристикам пациентов, которые соответствовали всем критериям для включения в исследование, но не имели ипохондрической симптоматики в структуре заболевания.

В обеих группах преобладали пациенты с параноидной шизофренией – 44,2% (53 человека) и 50% (25 человек) соответственно ($p > 0,05$). В основной группе преобладали мужчины (58,3%, или 70 человек), а в группе сравнения – женщины (56,0% или 28 человек), при этом различия по полу между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$). Возраст исследуемых пациентов колебался от 19 до 54 лет включительно. Анализ возрастного состава показал, что возраст пациентов, страдающих шизофренией, в основной группе статистически значимо превышал их возраст в группе сравнения (средний возраст составил $36,8 \pm 9,9$ года и $31,7 \pm 9,9$ года соответственно; $p < 0,05$); пациенты исследуемых групп, страдающие шизотипическим расстройством, не имели статистически значимых различий по возрасту (средний возраст составил $34,3 \pm 11,5$ года и $29,9 \pm 8,7$ года соответственно; $p = 0,1924$).

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, клинико-терапевтический, антропометрический, статистический. В качестве дополнительных, использовались экспериментально-психологическое, соматоневрологическое и другие исследования (ЭКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, ЭЭГ, ЯМРТ) необходимые для объективной оценки состояния пациентов.

Регистрирование психопатологической симптоматики проводилось по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS) (Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., 1987) и Шкале общего клинического впечатления (CGI) (Guy W., 1976). Характер и глубину поражения, заинтересованность психической сферы оценивали по Шкале оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях (Логвинович Г.В., 1990). Качество жизни пациентов исследовалось с помощью Опросника оценки качества жизни и социального функционирования психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998) и Опросника «ВОЗКЖ-100». Опросник субъективной удовлетворенности лечением (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007) использовался для раскрытия уровня и структуры удовлетворенности пациентов лечением, полученным в психиатрическом стационаре. Совокупность информации о каждом пациенте была унифицирована и занесена в модифицированный вариант «Базисной карты стандартизированного описания больного шизофренией и родственника» (Рицнер М.С., Логвинович

Г.В., Корнетов Н.А., Красик Е.Д., Залевский Г.В., 1985). Для определения конституционально–морфологического типа пациентов проводилось их антропометрическое обследование по методике В.В. Бунака (Бунак В.В., 1941).

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета стандартных прикладных программ «Statistica for Windows» (V. 6.0). Сравнение по количественным признакам проводилось с использованием Т–критерия Стьюдента, критерия Манна–Уитни, рангового анализа вариаций по Краскелу–Уоллису. Сравнение по качественным признакам проводилось с использованием χ^2 –критерия Пирсона и критерия Фишера. Анализ корреляции двух количественных признаков проводился с использованием коэффициента корреляции r , а анализ ассоциации двух качественных признаков – с помощью ранговой корреляции по Кэндаллу.

Положения, выносимые на защиту:

1. У пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством выявляются определенные особенности развития ипохондрической симптоматики, проявляющиеся как в структуре психопатологических (продуктивных и негативных) нарушений, так и в их динамических характеристиках.
2. Ипохондрическая симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра негативно влияет на клиническую и социальную адаптацию пациентов, препятствуя появлению социально–ориентированных внутренних адаптационных реакций, способствуя возникновению более «незрелых» компенсаторно–приспособительных защит и неблагоприятных типов адаптации, что отрицательным образом сказывается на качестве жизни пациентов. При этом конституционально–морфологические особенности данных пациентов находятся в статистически значимой связи с формированием у них определенных типов адаптации.
3. Содержание реабилитационных программ наряду с клиническими параметрами зависит от адаптационных возможностей (типов адаптации, компенсаторно–приспособительных защит, внешних и внутренних адаптационных реакций) пациентов и показателей их качества жизни. Применение дифференцированных реабилитационных программ, сочетающих психофармакотерапию и психотерапевтическое воздействие, позволяет улучшить комплайенс, повысить качество ремиссий, снизить частоту повторных госпитализаций, улучшить адаптационные возможности и показатели качества жизни пациентов, что подтверждается положительной динамикой при оценке их психического состояния по Шкалам PANSS и CGI, а также данными, полученными при катamnестическом наблюдении.

Степень достоверности и апробация проведенных исследований

Достоверность и обоснованность научных положений, выводов и практических рекомендаций обеспечивается репрезентативностью исследованной выборки, использованием методов, а также дополнительных шкал и опросников в соответствии с целями исследования.

Основные положения диссертационного исследования были изложены на III региональной конференции молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения»

(Томск, 20 июня 2012 г.); на Региональной научно–практической конференции «Клинические и нейрофизиологические аспекты психокардиологии» (Томск, 6–7 ноября 2012 г.); на Региональной научно–практической конференции, посвященной 115–летию психиатрической службы Омской области, «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению» (Омск, 29–30 ноября 2012 г.); на Научно–клинической конференции в ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск, 15 февраля 2013 г.); на Третьей всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» (Томск, 5–6 марта 2013 г.); на XVI Отчетной научной сессии (Томск, 8 октября 2013 г.); на Российской научно–практической конференции «Адаптация больных шизофренией» (Томск, 9 октября 2013 г.).

Внедрение в практику. Результаты исследования используются в учебном процессе и клинической практике ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН и ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница».

Публикации результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, в том числе 2 статьи в реферируемом журнале, включенном в перечень ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «психиатрия».

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 250 страницах печатного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, списка цитируемой литературы, содержащего 205 источников, в том числе 156 отечественных и 49 иностранных, 7 приложений. Работа иллюстрирована 3 клиническими историями болезни, 51 таблицей и 33 рисунками.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обеих исследуемых группах преобладали пациенты с неотягощенным по расстройствам шизофренического спектра семейным анамнезом (44,2% в основной и 50,0% в контрольной группах; $p > 0,05$). Среди пациентов основной группы статистически значимо ($p = 0,0289$) чаще, чем в группе сравнения, встречались лица, у которых психическим расстройством страдали несколько близких родственников (25,0% и 10,0% соответственно); в группе сравнения статистически значимо чаще ($p = 0,0369$) встречались пациенты, у которых расстройством страдал один из дальних родственников (10,0% против 2,5% случаев в основной группе).

У пациентов основной группы статистически значимо ($p = 0,002$) чаще по сравнению с группой сравнения встречались матери с ведущими истерическими чертами характера (33,3%); в группе сравнения доля матерей пациентов с тревожно–уклоняющимся чертами личности статистически значимо превышала долю таковых в основной группе ($p = 0,0014$). Среди отцов пациентов как в основной группе, так и в группе сравнения преобладали лица с ведущими шизоидными чертами характера (31,6% и 32,0% соответственно), при этом

различия между исследуемыми группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Статистически значимых различий по типам внутрисемейных отношений между исследуемыми группами выявлено не было ($p > 0,05$). Пациенты, воспитывавшиеся в относительно гармоничных семьях, составили 12,5% в основной группе и 12,0% в группе сравнения. В 30,0% и 24,0% случаев соответственно встречались родительские семьи, в которых формировался расщеплённый брак с образованием коалиций, либо семьи, существовавшие в атмосфере эмоционального отчуждения (21,7% и 28,0% соответственно). Трое пациентов в основной группе и один в группе сравнения воспитывались в детском доме–интернате.

В основной группе статистически значимо чаще по сравнению с группой сравнения встречались пациенты, воспитание которых проходило по типу «культы болезни» (13,3% и 2,0% соответственно; $p = 0,0264$), а пациенты группы сравнения статистически значимо чаще ($p < 0,001$) воспитывались в атмосфере эмоционального отвержения (30,0% против 4,2% в основной группе). Адаптивный тип воспитания встречался в единичных случаях (4,2% в основной группе и 2,0% в группе сравнения; $p > 0,05$). В обеих группах преобладало воспитание по типу гиперопеки (подавляющей или потворствующей), чем объясняется преобладание в группах случаев зависимых отношений между пациентами и их родителями (49,1% случаев в основной группе и 46,0% случаев в группе сравнения; $p > 0,05$).

У пациентов исследуемых групп в качестве ведущих черт характера в преморбиде в большинстве случаев отмечались шизоидные черты (рисунок 1), но в основной группе они регистрировались статистически значимо чаще ($p = 0,0408$), чем в контрольной (45,0% и 28,0% соответственно).

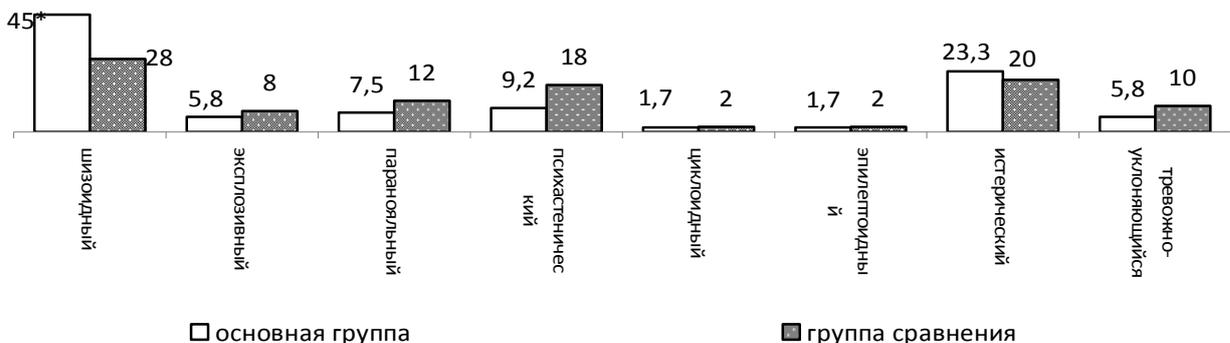


Рисунок 1. Преморбидная структура личности у пациентов (* – $p < 0,05$)

Различия между группами по частоте встречаемости пациентов с гармонично выраженными личностными чертами, имеющих акцентуации характера или черты характера, достигающие уровня расстройства личности, не имели статистической значимости ($p > 0,05$): в подавляющем большинстве случаев в преморбиде у пациентов отмечались акцентуированные личностные черты (58,3% в основной и 68,0% в контрольной группах).

Статистически значимых отличий по социальному статусу пациентов к моменту начала заболевания между исследуемыми группами не наблюдалось ($p > 0,05$).

С учётом вышеизложенного, можно считать, что предрасполагающим к проявлению ипохондрической симптоматики в структуре шизофрении и шизотипического расстройства является сочетание следующих факторов: бóльшая отягощенность семейного анамнеза по расстройствам шизофренического спектра; преобладание у матерей пациентов истерических черт характера; зависимые отношения с родителями и семейное воспитание в «культе болезни»; выраженные шизоидные черты характера в преморбиде у пациентов.

Средняя длительность заболевания у пациентов основной группы, страдающих шизофренией, на момент осмотра составила $13,9 \pm 8,8$ лет, что статистически значимо отличалось ($p=0,0008$) от группы сравнения, где у таких пациентов она составила $8,0 \pm 6,5$ лет; пациенты из исследуемых групп, страдающие шизотипическим расстройством, не имели статистически значимых различий по данному признаку ($10,6 \pm 9,5$ лет и $7,6 \pm 5,9$ лет соответственно; $p=0,5383$). Между пациентами обеих групп не были выявлены статистически значимые различия ($p > 0,05$) ни по возрасту начала инициального периода (для пациентов с шизофренией в основной и группе сравнения он составил $18,5 \pm 6,4$ и $18,9 \pm 6,6$ лет соответственно; для пациентов с шизотипическим расстройством – $19,1 \pm 7,9$ и $18,4 \pm 5,6$ лет соответственно), ни по возрасту манифестации заболевания (для пациентов с шизофренией в основной и группе сравнения он составил $24,0 \pm 6,0$ и $23,7 \pm 5,5$ лет соответственно; для пациентов с шизотипическим расстройством – $23,8 \pm 7,3$ и $22,3 \pm 5,7$ лет соответственно), ни при анализе связи манифестации заболевания с внешними причинами.

Клиническая картина обострения у пациентов обеих групп чаще всего определялась следующими синдромами: синдром Кандинского–Клерамбо ($23,5\%$ в основной группе и $29,4\%$ в группе сравнения; $p=0,0823$), параноидный синдром ($13,7\%$ в основной группе и $14,7\%$ в группе сравнения; $p=0,713$), симплекс–синдром ($7,1\%$ в основной группе и $13,8\%$ в группе сравнения; $p=0,0025$), тревожно–депрессивный ($11,8\%$ в основной группе и $14,7\%$ в группе сравнения; $p=0,2637$) и тревожно–фобический синдром ($7,2\%$ в основной группе и $7,6\%$ в группе сравнения; $p=0,8446$). Кроме того, среди пациентов основной группы статистически значимо чаще, чем в группе сравнения, встречался деперсонализационно–дереализационный синдром ($7,5\%$ в основной группе и $2,8\%$ в группе сравнения, $p=0,0147$), который зачастую протекал по типу ипохондрических экзистенциальных кризов. Ипохондрическая симптоматика фиксировалась только в основной группе, что объясняется критериями отбора пациентов в исследуемые группы.

С целью объективизации клинической динамики все пациенты были дважды (в момент поступления в стационар и при выписке) обследованы нами по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS) в интерпретации С.Н. Мосолова (2001) (таблица 1). На момент поступления пациенты основной группы статистически значимо отличались ($p < 0,05$) от пациентов группы сравнения более высокими баллами по кластеру «Депрессия», уровень которой достигал «выше среднего значения» (62 балла), в то время, как в группе сравнения он достигал уровня «незначительно выше среднего значения» (57 баллов). Этот факт говорит о том, что ипохондрические расстройства имеют определенное сходство с

депрессивными состояниями в своих проявлениях, и должен настораживать психиатров в плане возможного присутствия ипохондрической симптоматики у пациентов, имеющих высокий балл по кластеру «Депрессия». На момент выписки из стационара статистически значимых различий между группами по синдромам и кластерам выявлено не было ($p < 0,05$).

Таблица 1. Профиль психического состояния по шкале PANSS на момент поступления

Симптомы	Основная группа (120)	Группа сравнения (50)	Выборка в целом
Позитивные	46	49	47
Негативные	52	53	52
Общая	59	57	58
Анергия	52	51	51
Нарушения мышления	46	46	46
Возбуждение	61	60	61
Параноидное поведение	46	46	46
Депрессия	62*	57	60

Примечание: * – $p < 0,05$ (доверительный интервал 5 и более баллов).

Обследование с использованием Шкалы оценки негативных расстройств в ремиссии выявило, что в основной группе нарушения волевой сферы по типу «выпадения» встречаются статистически значимо ($p < 0,05$) реже, чем в группе сравнения (22,5% и 48,0% соответственно). Напротив, негативные расстройства в волевой сфере по типу «искажения» статистически значимо ($p < 0,05$) чаще регистрировались среди пациентов основной группы (45,0% и 20,0% соответственно). Среди них преобладали расстройства третьего и, реже, второго ранга, характеризовавшиеся появлением несвойственных форм двигательной–волевой активности, новых форм микросоциального поведения (включая различного рода увлечения и хобби), созданием иного образа жизни и др. Данные изменения в волевой сфере зачастую были обусловлены ипохондрическими переживаниями.

Исследование конституционально–морфологических особенностей пациентов показало, что в основной группе преобладали лица с нормостеническим соматотипом (45,8%), что статистически значимо ($p = 0,0327$) отличало ее от группы сравнения, где они составили 28,0%; в группе сравнения преобладали лица с астеническим соматотипом (56,0%), что статистически значимо ($p = 0,0024$) отличало ее от основной группы, где они составили 30,8%; количество лиц с гиперстеническим соматотипом в обеих группах было схожим (23,4% в основной группе и 16,0% в группе сравнения, $p = 0,3082$). Среди пациентов основной группы, страдающих шизофренией, преобладали лица с нормостеническим соматотипом (45,7%); астенический соматотип наблюдался в 30,0%, а гиперстенический – в 24,3% случаев, что являлось статистически значимым ($p = 0,037$) отличием от группы сравнения, где среди пациентов с шизофренией преобладали лица с астеническим соматотипом (55,9%), лица с нормостеническим соматотипом составили 26,5%, с гиперстеническим – 17,6%.

Различия по соматотипической принадлежности между пациентами обеих групп с шизотипическим расстройством не достигали статистической значимости ($p=0,2167$). Таким образом, соматотип способен оказывать влияние на проявления ипохондрической симптоматики в клинической картине шизофрении; для шизотипического расстройства выявить такие закономерности не удалось ($p>0,05$).

Между пациентами исследуемых групп на момент начала заболевания не наблюдалось статистически значимых различий по социальному статусу и семейному положению ($p>0,05$). На момент осмотра среди пациентов основной группы 50,0% являлись инвалидами по психическому заболеванию, что имело статистически значимые отличия ($p=0,0329$) от группы сравнения, где доля таких лиц составила 32,0%. Эти данные демонстрируют отрицательное влияние ипохондрической симптоматики на динамику профессионального статуса пациентов. Количество учащихся в группе сравнения статистически значимо ($p<0,05$) превышало долю таковых в основной группе (10,0% и 1,7% соответственно), что можно объяснить тем, что ипохондрическая симптоматика у пациентов, страдающих шизофренией, становилась выраженной на отдаленных этапах заболевания.

Более половины пациентов основной группы относились к работе негативно (50,8%), что статистически значимо отличало их ($p<0,001$) от пациентов группы сравнения, где доля таких лиц составила 22,0%. Безразлично относились к работе 31,7% пациентов основной группы, что отличало их ($p=0,0257$) от группы сравнения, где доля таких лиц составила 50,0%. В остальном отличия между исследуемыми группами не имели статистической значимости ($p>0,05$).

Таким образом, пациенты с ипохондрической симптоматикой в большей мере по сравнению с пациентами без нее склонны отказываться даже от выполнения посильных профессиональных обязанностей, демонстрируя «бегство в болезнь», что является следствием нарастания у них шизофренических и ипохондрических расстройств, оказывающих преформирующее воздействие на адаптационные возможности пациентов, приводя к нарушению их социальной адаптации.

Анализ семейного положения пациентов исследуемых групп на момент обследования не выявил статистически значимых различий между ними ($p>0,05$): большинство являлись холостыми как в основной группе (56,7%), так и в группе сравнения (64,0%).

В обеих исследуемых группах преобладали пациенты, круг общения которых ограничивался общением с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного: 45,8% в основной группе и 54,0% в группе сравнения ($p>0,05$). Большая часть пациентов как в основной группе, так и в группе сравнения испытывали низкий интерес к контактам (35,0% и 40,0% соответственно; $p>0,05$). Анализ особенностей поведения пациентов в контакте показал, что в основной группе доля пациентов, проявляющих активность, статистически значимо ($p=0,0485$) выше, чем в группе сравнения (25,8% и 12,0% соответственно), а доля пациентов с пассивным поведением, наоборот, была статистически значимо ($p=0,0146$) меньшей, чем в группе

сравнения (28,3% и 48,0% соответственно).

Обобщая данные о полученном образовании, профессиональном статусе, семейном положении и широте социальных контактов, можно сделать вывод в целом о динамике социального статуса пациентов за период болезни (рисунок 2). Снижение социального статуса в процессе заболевания наблюдалось у 53,3% пациентов в основной группе, что статистически значимо ($p=0,0412$) превышало долю таких пациентов в группе сравнения (36,0%).



Рисунок 2. Динамика социального статуса в процессе заболевания (* – $p<0,05$)

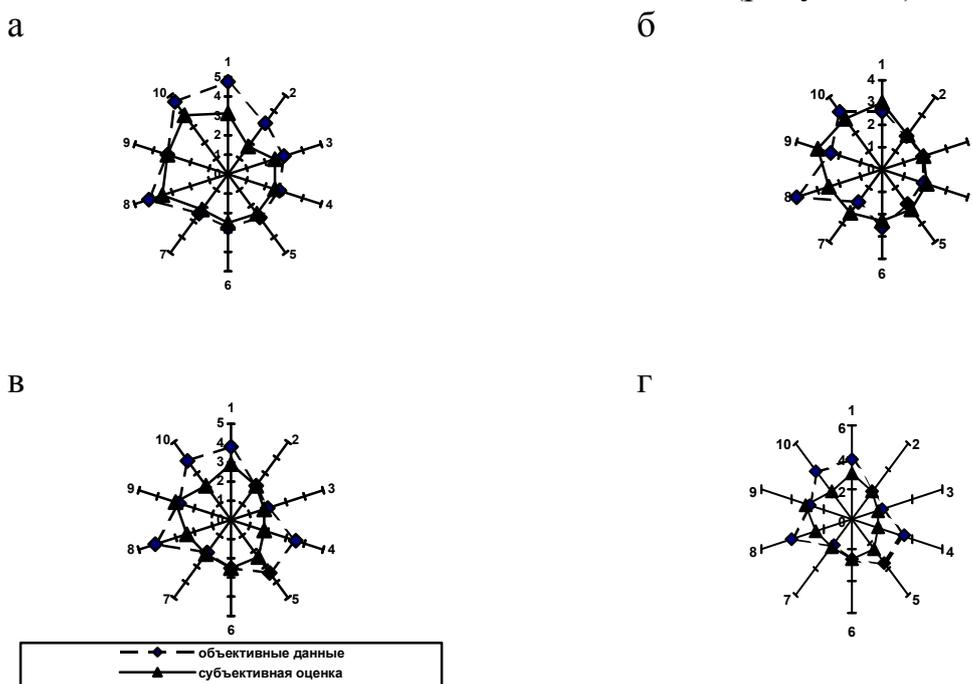
Показатели качества жизни являются интегративными величинами, позволяющими оценить адаптационные возможности пациентов. При исследовании качества жизни было выявлено, что пациенты основной группы оказались менее состоятельными в социальном плане и по мере нарастания ипохондрической симптоматики проявляли все более высокий уровень диссоциации между объективными показателями качества жизни и их субъективной оценкой, в большей степени, тяготеющей к неудовлетворенности.

На основании разработанных в НИИПЗ ТНЦ СО РАМН методик с учетом взаимодействия конституционально–преморбидных особенностей, характера и степени выраженности негативных расстройств в ремиссиях, измененных болезнью адаптационных возможностей (уровня клинической и социальной адаптации) и качества жизни пациентов определялись их типы адаптации и индивидуальной компенсаторно–приспособительной защиты.

В основной группе статистически значимо чаще ($p=0,0483$), чем в группе сравнения, встречались лица с интравертным типом адаптации по Г.В. Логвинович (40,0% и 24,0% соответственно). Встречаемость остальных типов адаптации не имела статистически значимых отличий ($p>0,05$).

При анализе профиля качества жизни пациентов с интегративным типом адаптации в основной группе можно было наблюдать, что по объективным данным уровень социального функционирования этих пациентов достаточно высокий. Субъективно пациенты данной подгруппы были склонны несколько занижать объективные показатели, выражая недовольство своим положением, что объясняется их высокой социальной мотивацией, повышенными требованиями к себе, а также обеспокоенностью своим состоянием. Пациенты основной группы с деструктивным типом адаптации были склонны завышать оценку объективных показателей, неадекватно воспринимая качество своей жизни, зачастую имели низкий уровень требований и выражали относительную удовлетворенность низкими показателями социальной жизни, меньше стремились к их улучшению.

Они демонстрировали большой параллелизм между субъективной оценкой своей жизни и объективными показателями. Для экстравертного типа адаптации было характерно сохранение достаточно высокого уровня социального функционирования, несмотря на низкие клинические показатели. Пациенты данной подгруппы были склонны к диссоциации между субъективными и объективными показателями, выражая недовольство своим положением, несмотря на сравнительно неплохие объективные показатели. При интравертном типе адаптации отмечалось снижение уровня социального функционирования при высоких клинических показателях. Эти пациенты в высокой степени были неудовлетворены своим положением и состоянием, несмотря на зачастую неплохие объективные показатели качества жизни. (рисунок 3)



Обозначения: 1 – образование, 2 – психическое состояние, 3 – здоровье в целом, 4 – физическая работоспособность, 5 – интеллектуальная продуктивность, 6 – дневная активность, 7 – материальное положение, 8 – жилищные условия, 9 – положение пациента в семье, 10 – ширина круга общения.

Рисунок 3. Профили качества жизни пациентов основной группы

(а) с интегративным типом адаптации; б) с деструктивным типом адаптации; в) с экстравертным типом адаптации; г) с интравертным типом адаптации)

Как в основной, так и в группе сравнения, среди пациентов наиболее распространенной была индивидуальная компенсаторно–приспособительная защита по типу «укрытия под опекой» (53,3% и 58,0% соответственно; $p > 0,05$). Второй по распространенности среди пациентов основной группы была индивидуальная компенсаторно–приспособительная защита по типу «экологической ниши» (30,0%), что являлось статистически значимым ($p = 0,0024$) отличием от группы сравнения, где данный тип встречался в 8,0% случаев. В остальном различия между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

В подавляющем числе случаев (68,3%) у пациентов основной группы

наблюдался гиперболизированный тип внутренней адаптационной реакции, что являлось статистически значимым отличием ($p < 0,01$) от группы сравнения, где данный тип реакции наблюдался в 46,0% случаев. Недифференцированный тип был вторым по частоте встречаемости в основной группе (26,7% случаев; в группе сравнения он встречался в 20,0% случаев, но различия не достигали статистической значимости, $p = 0,3379$). Игнорирующий тип реакции встречался среди пациентов основной группы в 5,0% случаев, что являлось статистически значимым отличием ($p = 0,0186$) от группы сравнения, где данная реакция отмечалась в 16,0% случаев. Пластический тип реакции в основной группе не встречался, что являлось статистически значимым отличием ($p < 0,001$) от группы сравнения, где он имел место в 18,0% случаев.

Со стороны окружения пациентов основной группы преобладал лояльный тип внешних адаптационных реакций (43,3%), что являлось статистически значимым ее отличием ($p = 0,0191$) от группы сравнения, где этот тип встречался в 24,0% случаев. В остальном различия между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Все вышеизложенное свидетельствует о существенном влиянии ипохондрической симптоматики на динамику показателей социальной адаптации и качества жизни пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Полученные данные позволяют рассматривать ее в качестве прогностически менее благоприятной для течения заболевания. Наличие в структуре заболевания ипохондрической симптоматики способствует формированию неблагоприятных типов адаптации и, как следствие, обуславливает худшую клиническую и социальную адаптацию пациентов.

Нами было проведено сравнительное исследование эффективности различных психофармакологических подходов и их влияния на качество жизни пациентов.

В зависимости от проводимой психофармакотерапии, все пациенты были разбиты на три подгруппы. Первую подгруппу составили пациенты, которые принимали классические антипсихотики (КА) (20 человек). Во второй подгруппе были пациенты, принимавшие в качестве базисной терапии атипичные антипсихотики (АА) (36 человек). Третью подгруппу составили пациенты, у которых наряду с антипсихотической терапией проводилась индивидуальная и групповая психодинамическая и индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия (ПФТ+ПТ) (64 человек).

Подгруппа «КА» отличалась от остальных подгрупп статистически значимо ($p < 0,05$) меньшим числом лиц, страдающих шизотипическим расстройством: 10,0% против 44,4% и 50,0% во 2-й и 3-й подгруппах соответственно. Подгруппы не имели статистически значимых отличий по полу и возрасту пациентов, а также по длительности заболевания.

По частоте поступлений в психиатрический стационар статистически значимых отличий между подгруппами не выявилось ($p > 0,05$). Подавляющее большинство пациентов во всех подгруппах обращались к участковому врачу-психиатру самостоятельно; между подгруппами «КА» и «ПФТ+ПТ» наблюдались статистически значимые отличия только по числу пациентов, отказывающихся от

посещений (15,0% и 1,6% соответственно; $p=0,0164$). В подгруппе «КА» доля лиц, отказавшихся от поддерживающего лечения, была значительно выше, чем в подгруппах «АА» и «ПФТ+ПТ» (15,0% против 2,8% и 0% соответственно); причем данное отличие подгрупп «КА» и «ПФТ+ПТ» являлось статистически значимым, $p=0,0022$.

Только в подгруппе «ПФТ+ПТ» встречались лица с интегративным типом адаптации (12,5%; $p>0,05$); количество пациентов с деструктивным типом адаптации в данной подгруппе было статистически значимо меньше, чем в подгруппе «КА» (29,7% против 75,0%; $p=0,0006$). В подгруппе «КА» встречалось статистически значимо ($p<0,01$) наименьшее количество лиц с интравертным типом адаптации (5,0%).

Анализируя показатели качества жизни пациентов различных подгрупп, можно отметить, что для принимавших классические нейролептики пациентов были характерны низкие объективные и субъективные показатели, тогда как в подгруппах пациентов, принимавших атипичные нейролептики или прошедших психотерапию, показатели качества жизни зачастую были статистически значимо выше. Профиль качества жизни пациентов подгруппы «ПФТ+ПТ» зачастую отличался от пациентов подгрупп «КА» и «АА» более высокими показателями и соответствием субъективной оценки своего состояния объективным данным.

В зависимости от клинико–динамических показателей течения заболевания, типа адаптации и профиля качества жизни пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, нами были разработаны комплексные психореабилитационные программы, включающие в себя следующие этапы:

- Стационарный этап в острый период расстройства
- Стационарный этап в период формирования ремиссии
- Амбулаторный этап

Как правило, в остром периоде заболевания для купирования психотической симптоматики чаще использовались классические антипсихотики. Для наиболее благоприятных типов адаптации, особенно в клиническом плане (интегративного и интравертного) было оправдано начинать фармакотерапию с назначения атипичных антипсихотиков. На стадии формирования ремиссии при интегративном и интравертном типах адаптации было оправдано применение индивидуальной психотерапии. Раннее подключение психотерапии к лечению позволяет укрепить рабочий альянс, дает возможность нивелировать некоторые психопатологические симптомы. Третий этап – амбулаторный, в период ремиссии. После купирования острой симптоматики акценты в лечении смещались в сторону психотерапии.

При интегративном типе адаптации использовались минимальные дозировки психотропных препаратов, преимущественно атипичных антипсихотиков. В целях улучшения качества жизни психотерапевтические мероприятия были направлены на поддержание мотивации к сохранению высокого уровня социального функционирования, повышение самооценки и предотвращение стигматизирующего влияния выставленного диагноза.

При интравертном типе адаптации также использовались минимальные дозировки антипсихотиков. При поддержке семьи пациенты активно вовлекались в психотерапевтический процесс, во время которого обращалось особое внимание на их социализацию, установление большего доверия к людям, более адекватной оценки пациентами уровня физической и интеллектуальной работоспособности.

При экстравертном типе адаптации подбор дозировок препаратов осуществлялся индивидуально, с учетом не только структуры психопатологической симптоматики, но и степени выраженности побочных эффектов фармакотерапии. Обычно дозировки препаратов не увеличивались даже при сохранении отдельных психопатологических симптомов. Во время психотерапии делался больший акцент на возможности пациентов самостоятельно справляться с проявлениями заболевания, максимально возможном ограничении их влияния на социальное функционирование пациентов, более адекватном восприятии пациентами степени своей дневной активности, уровня материального обеспечения и образования.

При деструктивном типе адаптации применялись эффективные дозировки препаратов. При отсутствии контроля за регулярным приемом препаратов со стороны родственников предпочтение отдавалось пролонгированным формам. Психотерапевтическая работа, прежде всего, была направлена на формирование у пациентов более реального представления о себе и заболевании, повышение у них уровня комплаенса в отношении фармакотерапии.

Оценка эффективности реабилитационной программы с помощью Шкалы PANSS показала, что наибольшей редукции общего балла позволило добиться сочетание в лечении и реабилитации приема антипсихотика и психотерапии (27,3 балла).

Оценка эффективности реабилитационной программы у пациентов основной группы с различными подходами в реабилитации с использованием Шкалы CGI показала, что результаты лечения сильно зависят от участия пациентов в психотерапевтических программах. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между подгруппами ($p > 0,05$), в подгруппе пациентов, принимавших участие в психотерапевтических программах, положительная динамика психического состояния была более выраженной (таблица 2).

Таблица 2. Динамика психического состояния пациентов основной группы с различными психофармакотерапевтическими подходами в реабилитации

Реабилитационный подход		Значительное улучшение	Существенное улучшение	Незначительное улучшение	Всего
Подгруппа «КА»	Абс.	3	8	9	20
	%	15,0	40,0	45,0	100,0
Подгруппа «АА»	Абс.	6	15	15	36
	%	16,6	41,6	41,6	100,0
Подгруппа «ПФТ+ПТ»	Абс.	15	29	20	64
	%	23,4	45,3	31,2	100,0

Примечание: * – $p < 0,05$.

Суммируя данные по эффективности реабилитационной программы, полученные с помощью Шкалы общего клинического впечатления (CGI) и Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS), становится очевидной необходимость совместного применения фармакологических и психотерапевтических методов лечения.

При оценке результатов реабилитации по Опроснику субъективной удовлетворенности лечением было выявлено, что подгруппы пациентов имеют статистически значимые отличия по субшкале «Бытовые условия и окружающая обстановка» ($p=0,0355$). При сравнении баллов по остальным субшкалам различия не достигали статистической значимости ($p>0,05$).

Анализ катамнестических сведений показал, что пациенты, принимающие участие в психотерапевтических программах, как правило, отличаются более выраженной положительной динамикой клинических и социальных показателей адаптации от пациентов остальных подгрупп. У большинства из них (76,6%) после выписки отмечалось снижение частоты рецидивов заболевания, что являлось их статистически значимым отличием ($p<0,001$) от пациентов остальных подгрупп; у них реже оставалась неизменной динамика рецидивов (в 23,4% случаев; $p<0,01$). В данной подгруппе не было зарегистрировано ни одного случая учащения рецидивов, что являлось статистически значимым отличием ($p=0,0123$) от подгруппы пациентов «КА», где учащение рецидивов наблюдалось в 10,0% случаев.

Катамнестическое наблюдение показало, что в подгруппе «АА» наблюдалось наибольшее число случаев неизменившегося семейного функционирования (61,1%), что имело статистически значимые отличия ($p=0,0299$) от подгруппы «КА», где таких пациентов было 30,0%. В подгруппе «КА» наблюдалось самое большое число лиц с ухудшением семейного функционирования (35,0%) по сравнению с остальными подгруппами ($p<0,001$). Сужение социальных контактов чаще всего наблюдалось в подгруппе «КА» (10,0%), что являлось статистически значимым отличием ($p=0,0123$) ее от подгруппы «ПФТ+ПТ», в которой сужения контактов не отмечалось ни у одного пациента.

Таким образом, выделение реабилитационных этапов позволило разработать дифференцированную реабилитационную программу для пациентов с ипохондрической симптоматикой в структуре расстройств шизофренического спектра, учитывающую их индивидуальные особенности. Представленные выше данные позволяют считать реабилитационную программу для лечения данной категории пациентов эффективной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты диссертационного исследования по теме «Адаптация больных шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой» позволили сформулировать следующие **выводы**:

1. Наиболее значимыми из факторов, предрасполагающих к проявлению ипохондрической симптоматики в структуре шизофрении и шизотипического расстройства, являются: отягощенность семейного анамнеза по расстройствам шизофренического спектра у нескольких близких родственников ($p<0,05$);

преобладание у матерей пациентов истерических черт характера ($p < 0,01$); зависимые отношения с родителями и семейное воспитание в «культе болезни» ($p < 0,05$); выраженные шизоидные черты характера в преморбиде у пациентов ($p < 0,05$).

2. Наличие ипохондрической симптоматики определяет следующие клинические особенности течения расстройств шизофренического спектра:

2.1. Ипохондрическая симптоматика у пациентов, страдающих шизофренией, зачастую возникает в период манифестации заболевания (62,8% случаев), что имеет статистически значимые отличия ($p < 0,01$) от пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, у которых ипохондрическая симптоматика зачастую отмечается уже в инициальный период заболевания (58,0% случаев).

2.2. У пациентов с шизофренией ипохондрическая симптоматика обычно постепенно нарастает, достигая максимума на отдаленных этапах заболевания: средняя длительность заболевания у них на момент обследования составила $13,9 \pm 8,8$ лет, что статистически значимо было выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

2.3. Клиническая картина обострений у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, часто определяется деперсонализационно–дереализационным синдромом (7,5% случаев против 2,8% случаев в контрольной группе; $p < 0,05$), который у данных пациентов имеет свои особенности и протекает по типу ипохондрических «экзистенциальных кризов».

2.4. У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, на момент поступления в стационар наблюдается высокая выраженность симптоматики по кластеру «депрессии» Шкалы PANSS (62 балла; $p < 0,05$), что может говорить о том, что ипохондрические расстройства имеют определенное сходство в своих проявлениях с депрессивными состояниями, и имеет дифференциально–диагностическое значение.

2.5. У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, наблюдается преобладание негативных расстройств по типу «искажения» в эмоциональной, ассоциативной, и, особенно, волевой ($p < 0,05$) сфере, где они сопровождаются различными нарушениями активности и поведения, зачастую обусловленными ипохондрическими переживаниями.

3. Конституционально–морфологические особенности пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, находятся в статистически значимой связи с проявлением у них ипохондрической симптоматики: среди таких пациентов преобладают лица с нормостеническим соматотипом (45,8%; $p < 0,05$).

4. Ипохондрическая симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра влияет на адаптационные возможности пациентов, показателем чего является изменение их качества жизни:

4.1. У таких пациентов наблюдается более быстрое снижение уровня социального функционирования, и по мере нарастания ипохондрической симптоматики они чаще отказываются от выполнения даже возможных социально-полезных функций (снижение социального статуса в процессе заболевания наблюдалось в 53,3% случаев; $p < 0,05$), испытывая значительную фрустрацию невозможностью осуществить свои желания, и чаще оказываются дезадаптированными в социуме. В ходе заболевания они проявляют все более высокий уровень диссоциации между объективными показателями качества жизни и их субъективной оценкой, в большей степени, тяготеющей к неудовлетворенности.

4.2. Анализ показателей качества жизни таких пациентов по опроснику «ВОЗКЖ-100» указывает на более неудовлетворительную оценку ими физической сферы своей жизни ($p < 0,05$), главным образом, из-за ощущения выраженной боли и дискомфорта ($p < 0,001$); низкую оценку своего «уровня независимости» из-за восприятия неудовлетворительными своей подвижности ($p < 0,01$), способности выполнять повседневные дела ($p < 0,001$) и работать ($p < 0,001$), ощущения выраженной зависимости от лекарств и лечения ($p < 0,001$); наличие выраженного недовольства своими личными взаимоотношениями ($p < 0,01$) и окружающей средой ($p < 0,05$), особенно, за счет ощущения мало/недоступности для них медицинской и социальной помощи ($p < 0,001$).

5. Наличие ипохондрической симптоматики является прогностически неблагоприятным фактором, препятствующим появлению социально-ориентированных внутренних адаптационных реакций (в 68,3% случаев наблюдался гиперболизированный тип реакции; $p < 0,01$) и способствующим возникновению компенсаторно-приспособительных защит по типу «укрытия под опекой» и «экологической ниши» ($p < 0,01$).

6. Ипохондрическая симптоматика влияет на клиническую и социальную адаптацию пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра:

6.1. Отрицательное влияние на клинические составляющие адаптации проявляется в виде повышения частоты госпитализаций и уровня инвалидизации пациентов (среди пациентов основной группы на момент обследования 50,0% являлись инвалидами по психическому заболеванию, тогда как в группе контроля такие лица составили 32,0%; $p < 0,05$).

6.2. Отрицательное влияние на социальную адаптацию (уровень образования и профессиональный статус, сохранение круга общения, семейного положения) привело к снижению социального статуса в процессе заболевания у 53,3% пациентов основной группы, что статистически значимо ($p < 0,05$) превышало долю таких пациентов в группе сравнения (36,0%).

6.3. У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, формируются неблагоприятные типы адаптации: зачастую это деструктивный или интравертный тип ($p < 0,05$).

6.4. Конституционально-морфологические особенности пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с наличием ипохондрической симптоматики, находятся в статистически значимой связи с

формированием у них определенных типов адаптации: среди пациентов с шизофренией наиболее распространенным был деструктивный тип адаптации, который особенно широко был представлен среди пациентов с астеническим соматотипом (81,0%; $p < 0,05$); среди пациентов с шизотипическим расстройством, имеющих астенический или нормостенический соматотип, преобладали лица с интравертным типом адаптации (81,2% и 52,2% соответственно), а среди пациентов с гиперстеническим соматотипом – с интегративным типом адаптации (54,5%); при этом различия имели статистическую значимость ($p < 0,01$).

7.1. Дифференцированная реабилитационная тактика у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, избиралась с учетом клинико–динамических показателей течения заболевания, типа адаптации и профиля качества жизни пациентов:

При интегративном типе адаптации использовались минимальные дозировки психотропных препаратов (преимущественно атипичных антипсихотиков). Психотерапевтические мероприятия направлялись на поддержание мотивации к сохранению высокого уровня социального функционирования, повышение самооценки и предотвращение стигматизирующего влияния выставленного диагноза.

При экстравертном типе адаптации подбор дозировок препаратов осуществлялся индивидуально. Во время психотерапии делался больший акцент на возможности пациентов самостоятельно справляться с проявлениями заболевания, максимально возможном ограничении их влияния на социальное функционирование пациентов, более адекватном восприятии пациентами степени своей дневной активности, уровня материального обеспечения и образования.

При интравертном типе адаптации использовались минимальные дозировки антипсихотиков. При поддержке семьи пациенты активно вовлекались в психотерапевтический процесс, во время которого обращалось особое внимание на их социализацию, установление большего доверия к людям, более адекватной оценки пациентами уровня физической и интеллектуальной работоспособности.

При деструктивном типе адаптации применялись эффективные дозировки препаратов, предпочтение отдавалось пролонгированным формам. Основной акцент в психотерапевтической работе делался на формировании более реального представления о себе и заболевании, повышении уровня комплайенса в отношении фармакотерапии.

7.2. Комплексная реабилитационная программа, реализуемая не только с учетом клинических проявлений расстройств шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой, но также с учетом адаптационных возможностей и показателей качества жизни пациентов, позволила достичь у многих из них существенных (43,3%) либо значительных (20,0%) положительных результатов в динамике психического состояния при оценке его по Шкале CGI; ощутимой редукции общей суммы баллов при оценке его по Шкале PANSS; положительной динамики рецидивов, функционирования на работе и в семье, в отношении к лечению, а также в общении с социальным окружением при катamnестическом наблюдении.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Микилев Ф.Ф. Сравнительный протеомный анализ белков сыворотки крови больного шизофренией / Л.В. Логинова, Ф.Ф. Микилев, О.С. Федорова, Л.П. Смирнова // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: сборник тезисов II региональной конференции молодых ученых и специалистов (Томск, 1 июня 2010 г.) / под ред. В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 72 – 73.
2. Микилев Ф.Ф. Повышенное образование супероксида в эритроцитах больных шизофренией с ведущей негативной симптоматикой / А.И. Наумова, Ф.Ф. Микилев // Фундаментальная наука и клиническая медицина – Человек и его здоровье: Тезисы XIV Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием). – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2011. – С. 195 – 196. <http://www.med.pu.ru/index7k.htm>
3. Микилев Ф.Ф. Адаптация и качество жизни больных шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой (клинико-динамический, конституциональный и реабилитационный аспекты) // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: тезисы докладов XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6 – 7 сентября 2011 г.) / под редакцией академика РАМН В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – Вып. 15. – С. 148 – 149.
4. Микилев Ф.Ф. Электрофоретический анализ распределения белков сыворотки крови больных простой и параноидной формами шизофрении и шизотипическим расстройством / Е.М. Дмитриева, Р.С. Гомбоева, А.А. Серёгин, Ф.Ф. Микилев, Л.В. Логинова // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: сборник тезисов докладов III региональной конференции молодых ученых и специалистов (Томск, 20 июня 2012 г.) / под ред. В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 53 – 55.
5. Микилев Ф.Ф. Современные принципы терапии шизофренических и шизотипических расстройств с ипохондрической симптоматикой в структуре заболевания // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: сборник тезисов докладов III региональной конференции молодых ученых и специалистов (Томск, 20 июня 2012 г.) / под ред. В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 90 – 92.
6. Микилев Ф.Ф. Шизофрения и шизотипическое расстройство у лиц с ипохондрическими нарушениями в кардиологической клинике // Клинические и нейрофизиологические аспекты психокардиологии: сборник тезисов докладов региональной научно-практической конференции (Томск, 6–7 ноября 2012 г.) / под ред. Р.С. Карпова, В.Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 30 – 33.
7. Микилев Ф.Ф. Современный взгляд на терапию шизофренических и шизотипических расстройств с ипохондрическими нарушениями // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению: сборник тезисов докладов региональной научно-практической конференции, посвященной 115-летию психиатрической службы Омской области (Омск, 29–30 ноября 2012 г.) /

под ред. В.Я. Семке, Н.А. Бохана. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 118 – 119.

8. Микилев Ф.Ф. Клинико–социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой / А.В. Семке, Ф.Ф. Микилев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 40 – 44.

9. Микилев Ф.Ф. Клинико–конституциональные аспекты ипохондрии при расстройствах шизофренического спектра / Ф.Ф. Микилев, А.В. Семке, Е.Г. Корнетова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 44 – 48.