УДК 616.89-008.1

Голубев С.А., Каледа В.Г.

ЮНОШЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ: РОЛЬ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯВ ФОРМИРОВАНИИ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное учреждение
Научный центр психического здоровья, г. Москва

Цель. *Оценка взаимосвязи характеристик приспособительного поведения пациентов, страдающих шизофренией, манифестировавшей в юношеском возрасте, с параметрами их социального функционирования и показателями качества жизни.*
Материалы и методы. *В работе проведён анализ результатов изучения отдалённого катамнеза (20-25 лет) у больных шизофренией, манифестирующей в юношеском возрасте. Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический и психометрический методы. Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов оценивались с использованием психометрических шкал PSP и QLS.*
Результаты. *Были выделены 3 типа адаптивного поведения – прогрессивный, регрессивный и диссоциированный. Установлено, что у пациентов с прогрессивным типом адаптивного поведения уровень социального функционирования и качества жизни был наиболее высоким; существенно более низкие показатели характерны для пациентов с диссоциированным типом адаптивного поведения. Наиболее низкие показатели социального функционирования выявлены у лиц с регрессивным типом адаптивного поведения; при этом, в связи с нарушением критических функций, субъективная оценка качества жизни пациентами лишь немногим ниже, чем у лиц с диссоциированным типом адаптивного поведения.*
Заключение. *Тип адаптивного поведения оказывает существенное влияние на показатели социального функционирования и качества жизни пациентов.*
Ключевые слова: *шизофрения, юношеский возраст, адаптивное поведение, социальное функционирование, качество жизни.*

GolubevS.A., Kaleda V.G.

YOUTH SCHIZOPHRENIA: THE ROLE OF ADAPTIVE BEHAVIOR IN SHAPING THE OUTCOME OF THE DISEASE

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

The aim of the research.*Assessed the relationship between characteristics of adaptive behavior of patients with schizophrenia with the parameters of social functioning and quality of life.*
Materials and methods.*In research the analysis of results of the long-term follow-up study (20-25 years) of the patients with schizophrenia of youthful age was carried out.Applied clinical-psychopathological, follow-up, clinical-epidemiological and psychometric methods.The parameters of social functioning and quality of life of patients was evaluated using psychometric scales PSP and QLS.*
Results.*Was allocated 3 types of adaptive behavior – progressive, regressive and dissociated. In patients with progressive type of adaptive behavior level of social functioning and quality of life were most high; significantly lower values were characteristic for patients with dissociated type of adaptive behavior. The lowest values of social functioning were found in individuals with a regressive type of adaptive behavior; thus, because of the violation of critical functions, a subjective assessment of the quality of life of patients is only slightly lower than in persons with dissociated type of adaptive behavior.*
Conclusion.*Type of adaptive behavior has a significant impact on indicators of social functioning and quality of life of patients.*
Key words: *schizophrenia, youthful age, adaptive behavior; social functioning; quality of life.*

В течение последних десятилетий во всем мире отмечается рост интереса исследователей к вопросам адаптации к болезни, социального функционирования и качества жизни пациентов, страдающих шизофренией [1, 2, 3].

Особенно актуальным является изучение данных параметров при манифестации шизофренического процесса в юношеском возрасте, поскольку именно для патологического

процесса, начавшегося в этом возрастном периоде, свойственен наиболее широкий спектр трудностей социально-психологического и адаптационного характера [4].

В соответствии с имеющимися данными, около половины (47,5%)[5] больных шизофренией юношеского возраста на этапе отдалённого катамнеза обнаруживают выраженную социальную дезадаптацию в большинстве сфер жизни.

Многие исследователи подчёркивают, что на показатели качества жизни доминирующее влияние оказывает в первую очередь характер и степень выраженности психопатологической симптоматики на манифестном этапе заболевания, а также разновидность его последующего течения [6, 7].

Однако, данная точка зрения имеет существенные недостатки, поскольку остаётся неясным, почему при сходных продуктивных психопатологических проявлениях на манифестном этапе, а также в рамках одного типа течения заболевания, уровень социального функционирования и параметры качества жизни существенно варьируют у различных пациентов.

В соответствии с принятой в настоящее время биопсихосоциальной концепцией шизофрении, социальное восстановление больных шизофренией не определяется только клиническими и клинико-патогенетическими особенностями заболевания [8]. F.Mauz [9] считал, что диагноз указывает только на возможность того или иного исхода, а конкретная реализация этой возможности обусловливается личностными особенностями пациента. На роль личностного фактора указывал и Д.Е. Мелехов [10], а также многие другие исследователи [11,12].

В работах последних лет авторами активно обсуждается «адаптационная» концепция в психиатрии, в рамках которой разрабатывается понятие об адаптационно-компенсаторных механизмах, решающим образом влияющих на течение заболевания [13].

Подход ряда исследователей предполагает использование деления на качественные и количественные характеристики для оценки уровня адаптации психически больных [14, 15, 16, 17]. При этом качественные характеристики выражаются в типе адаптивного поведения, отражающем основные механизмы реагирования личности на болезненный процесс, её функционирование в условиях, изменённых болезнью, которое проявляется прежде всего в характере социального поведения [18]. В основе адаптивного поведения, по мнению исследователей, лежат компенсаторные интрапсихические процессы, позволяющие индивидуумам приспособительно реагировать на изменения в социальной среде. Количественная характеристика социальной адаптации психически больных состоит из объективного параметра - уровня социального функционирования, достигнутого индивидуумом в условиях искажённого болезнью взаимодействия с внешней средой, а также субъективного параметра – показателей качества жизни пациента [19, 20]. Количественная оценка социальной адаптации - это уровень функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общепринятых норм.

Типологические разновидности приспособительного поведения выделялись рядом авторов [21] преимущественно в рамках разработки параметров многомерного функционального диагноза. Вместе с тем данная концепция зачастую приводит к необходимости анализа большого числа различных феноменов, что на практике представляет достаточно большую сложность.

Необходимо отметить, что «прицельных» исследований, направленных на изучение именно больных шизофренией, манифестирующей в юношеском возрасте, практически не проводилось. Имеются лишь единичные работы, свидетельствующие о перспективности подобного подхода [22].

Важно учитывать, что само понятие «адаптивного поведения» находится на стыке психологии и психиатрии. В последние годы психологи активно разрабатывают понятие «личностный адаптационный потенциал» [23, 24]. Указанная концепция предполагает наличие стержневого «Я» личности, через призму которого происходит согласование всех психических функций, управление ими, формирование посылов для ответного реагирования. Данное «Я» представляет собой собственно индивидуальность человека, ядро его личности на протяжении всей жизни [25]. Эта структура, даже будучи в той или иной степени искажена

болезненным процессом, тем не менее, определённым, свойственным для конкретного индивидуума образом, задаёт особенности реагирования и, как следствие, адаптационный ресурс за счёт формирования личностно-компенсаторных образований, которые носят «сквозной» характер, «красной нитью» прослеживаясь на всех этапах течения заболевания и в определённой степени влияя на характер данного течения.

При обсуждении механизмов реализации личностного адаптационного потенциала широко применяется такое популярное понятие, как «копинг» (то есть психологические стратегии совладания). В рамках диагностики копинга используются психологические методики.

Понятие «адаптивное поведение» является более обширным, включает в себя все интрапсихические механизмы, в том числе и «копинг»; кроме того, в процессе его верификации используются клинические методики.

Существующие на сегодняшний день классификации адаптивного поведения [13] являются во многом универсальными и предполагают его оценку при любых разновидностях психической патологии, вне зависимости от их синдромальной и нозологической принадлежности. Подобная универсальность, с одной стороны, является весьма удобной, но с другой – не всегда позволяет в полной мере оценить все нюансы приспособительного поведения. В наибольшей степени это касается шизофрении, являющейся тяжёлым хроническим заболеванием, чьё альтернирующее влияние на стержневое «Я» личности колеблется в широких пределах, но, как правило, бывает достаточно выраженным.

Необходимо отметить, что понятие «адаптивное поведение» не является синонимичным и представлению о дефицитарных расстройствах, поскольку включает в себя не только описание процессов личностного снижения и искажения, возникших в результате нарастания негативной симптоматики, но и описывает компенсаторные механизмы личностного реагирования, преодоления нарушений, привнесённых болезнью, в том числе и посредством использования в целях адаптации личности развившихся изменений дефицитарного профиля.

Таким образом, анализ особенностей адаптивного поведения, а также их взаимосвязи с параметрами социального функционирования и качеством жизни пациентов, страдающих шизофренией, представляется крайне важным, что делает проведение специального изучения данных показателей актуальным и значимым.

Цель исследования. Анализ особенностей адаптивного поведения больных юношеской шизофренией, его взаимосвязи с уровнем социального функционирования и показателями качества жизни на этапах длительного течения заболевания (20-25 лет).

Материалы и методы. Данная работа проведена в рамках комплексного мультидисциплинарного исследования, имеющего целью всестороннее изучение отдалённого катамнеза больных шизофренией с манифестацией в юношеском возрасте посредством анализа сплошной когорты пациентов, перенёсших первый приступ в юношеском возрасте (16-25 лет) с длительностью последующего катамнеза 20-25 лет, впервые обратившихся по поводу данного заболевания в ПНД № 1 г. Москвы в период с 1990 по 1994 год.

В данной работе представлены некоторые результаты изучения группы численностью 90 пациентов, из них мужчины – 50 человек (55,5%), женщины – 40 человек (44,5%).

Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический, а также психометрический методы.

Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов оценивались с использованием следующих психометрических методик:

- шкала личностного и социального функционирования (Personaland Social Performance Scale – PSP);
- шкала оценки качества жизни (Quality-of-LifeScale – QLS).

Обработка результатов анализа проводилась с помощью программы «Статистика 6.0» (StatSoft, USA). Различия между группами выявлялись при помощи критерия $\chi 2$. Для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости различных показателей использовался критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

В изученной когорте пациентов частота первичного диагноза «шизофрения» составила 70% (63 чел.), так как в остальных случаях установленный впервые диагноз носил реабилитационный характер. Впоследствии, однако, у всех пациентов изученной группы был верифицирован диагноз шизофрения, подтверждённый в течение 5 лет от момента манифестации заболевания.

Результаты и обсуждение. В целях верификации особенностей приспособительного поведения при шизофрении нами была сформулирована их отдельная типология. В результате анализа методологии подхода различных авторов [14], а также на основании оценки анамнестических сведений изучаемой когорты пациентов за весь период течения заболевания, в качестве основных по принципу качественного реагирования нами были выделены три типа адаптивного поведения: консолидационный, диссоциативный и диссолюционный.

Консолидационный тип (I тип) адаптивного поведения (26 чел. – 28,9% случаев) характеризовался сохранностью основных социальных стремлений и установок. Пациенты, несмотря на перенесённые болезненные состояния, сохраняли адекватную самооценку и мотивацию к достижению целей, а также к сохранению достигнутых на преморбидном уровне социальных позиций и их дальнейшему развитию. Они продолжали активно взаимодействовать с окружающими, даже при сужении круга контактов полной коммуникативной изоляции не происходило. При наличии явлений эмоциональной нивелировки, пациенты тем не менее не утрачивали эмпатии к своему окружению. В ряде случаев поведенческие установки приобретали ригидный характер, действия пациентов, направленные на социализацию и достижение поставленных целей, носили однообразный избыточно интенсивный характер, сочетавшийся с утратой эмоциональной гибкости, что в ряде случаев негативно сказывалось на иных сторонах их жизнедеятельности, позволяя, однако, добиться хорошего уровня трудовой адаптации, а в ряде случаев достичь существенных успехов в профессиональном и карьерном продвижении.

Диссоциативный тип (II тип) адаптивного поведения (24 чел. – 27,8% случаев) характеризовался искажением основных социальных и поведенческих установок, преобладанием в поведении демонстративных черт. Отмечалось общее снижение продуктивности, тенденция к переоценке собственных возможностей на фоне ослабления мотивационной сферы. Происходило сужение круга контактов, на фоне гипертрофии эгоистических черт общение с окружающими носило поверхностный характер при фактическом безразличии к их нуждам. Характер высказывавшихся жалоб зачастую не соответствовал объективно фиксировавшимся поведенческим и характерологическим чертам. Больным были свойственны черты неустойчивой эмоциональности, тенденции к асоциальности, манипулятивному поведению. Психическая деятельность зачастую носила неравномерный характер – так, интеллектуальная сохранность могла сочетаться с нивелировкой эмоциональной сферы. В поведении отмечались черты нелепости с выраженным психическим инфантилизмом, формированием вычурных сверхценных установок, иррациональной деятельностью, не соответствовавшей требованиям социума. Происходило выраженное снижение уровня социально-трудовой адаптации, в тех же случаях, когда она сохранялась на внешне приемлемом уровне, он зачастую оказывался следствием усилий родственников пациента, которому предоставлялась работа облегчённого типа, либо большая часть его должностных обязанностей выполнялась членами семьи. Пациенты с таким типом адаптивного поведения или стараются преуменьшить степень своего заболевания, или «используют» болезнь в своих целях, эксплуатируя окружающих.

Диссолюционный тип (III тип) адаптивного поведения (40 чел. – 44,4 % случаев) характеризовался резким ослаблением социальных установок, стойким снижением мотивационной активности. Резко снижался интерес к межперсональным коммуникациям, нарастало безразличие к проблемам окружающих, зачастую приобретавшее характер социальной отгороженности. Пациентам был свойственен страх перед общением, отсутствие дружеских связей. Отношения с близкими носили в основном иждивенческий и формально-безразличный характер. В поведении доминировало снижение круга интересов, нарастание аспонтанности,

что приводило к утрате прежних социальных позиций, преобладанию узкого круга поведенческих стереотипов, ограниченных преимущественно примитивными бытовыми нуждами с ориентировкой либо на достижение собственного физического комфорта, либо с тотальным безразличием к собственным бытовым условиям. Социально-трудовая дезадаптация здесь достигала максимальной степени выраженности, субъективно невозможность трудовой деятельности была детерминирована повышенной утомляемостью, слабостью, затруднениями в поддержании необходимого ритма работы, невозможности концентрации внимания, непереносимости психических и физических нагрузок. Больным с такими типами реагирования свойственны «уход в болезнь», «отказ от борьбы». Для данного типа адаптивного поведения часто был свойственен госпитализм.

При анализе особенностей течения заболевания при различных типах адаптивного поведения были выявлены статистически достоверные отличия (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика типа течения заболевания и состояния на момент обследования

Оцениваемый параметр	**Характеристика**	**Тип адаптивного поведения**						**Хи-квадрат**	**Р-значение**
		I тип		**II тип**		**III тип**			
		N	%	N	%	N	%		
Тип течения заболевания	Одноприступное	14	53,8	0	0	0	0	40.23	$3.9 \cdot 10^{-8}$
	Рекуррентное	8	30,8	3	12,5	0	0		
	Приступообразно-прогредиентное	4	15,4	14	58,3	15	37,5		
	Непрерывное течение	0	0	7	29,2	25	62,5		
Состояние на момент обследования	Интермиссия	12	46,1	0	0	0	0	37.33	$1.5 \cdot 10^{-7}$
	Ремиссия без резидуальных продуктивных расстройств	9	34,7	17	70,8	20	50,0		
	Ремиссия или терапевтическое улучшение с резидуальной симптоматикой	5	19,2	7	29,2	20	50,0		

Так, как видно из таблицы 1, для I типа было наиболее характерноодноприступное и рекуррентное течение, при этом приступообразно-прогредиентная разновидность течения отмечалась в единичных случаях, непрерывного типа течения зафиксировано не было. Практически в половине случаев состояние на момент катамнеза характеризовалось как интермиссия. Лишь у немногих пациентов отмечались признаки резидуальной психопатологической симптоматики, преимущественно аффективного и невротического регистра.

При II типе адаптивного поведения заболевание наиболее часто носило приступообразный и непрерывный характер, а рекуррентный тип течения отмечался в малом количестве случаев. У большинства пациентов состояние на момент катамнеза характеризовалось как стойкая медикаментозная ремиссия. При этом, у многих больных была выявлена резидуальная психопатологическая симптоматика, преимущественно невротического и психопатоподобного регистра, у некоторых сохранялись рудиментарные галлюцинаторно-бредовые расстройства.

При III типе наиболее часто имело место непрерывное, а также приступообразно-прогредиентное течение заболевания, иных разновидностей отмечено не было. У половины пациентов состояние на момент катамнеза характеризовалось как медикаментозная ремиссия, при этом у второй половины больных отмечалось наличие резидуальной галлюцинаторной и бредовой симптоматики различной степени выраженности.

При оценке уровня социального функционирования (таблица 2) было выявлено наличие статистически значимых отличий по таким показателям, как уровень образования, тру-

довая деятельность, семейное положение, наличие группы инвалидности, характер наблюдения в ПНД (p≤0,01).

Таблица 2

Показатели социального функционирования

Области социального фунуционирования	Параметры социального функционирования	Тип адаптивного поведения						Хи-квадрат	Р-значение
		I тип		II тип		III тип			
		N	%	N	%	N	%		
Образовательный уровень	Высшее и незаконченное высшее	15	57,8	8	33,3	8	20,0	15.09	0.004
	Средне-специальное	6	23,0	10	41,7	10	25,0		
	Среднее и незаконченное среднее	5	19,3	6	25,0	22	55,0		
Трудовая деятельность	Работа по специальности	15	57,8	3	12,5	-	-	40.29	0.000
	Низкоквалифицированный труд	5	19,2	10	41,7	8	20,0		
	Не работали	6	23,0	11	45,8	32	80,0		
Семейное положение	В браке	13	50,0	6	25,0	5	12,6	14.44	0.006
	Разведены	6	23,0	6	25,0	7	17,5		
	Не вступали в брак	7	26,9	12	50,0	28	70,0		
Группа инвалидности	1 группа	-	-	-	-	3	7,5	16.27	0.002
	2 группа	-	-	6	25,0	20	50,0		
	3 группа	4	15,4	6	25,0	3	7,5		
	Нет инвалидности	22	84,6	12	50,0	4	10,0		
Наблюдение в ПНД	Д-группа*	2	7,7	10	41,6	33	82,5	39.52	0.000
	К-группа**	6	23,0	3	12,5	5	12,5		
	Не наблюдаются	18	69,2	11	45,9	2	5,0		

*Диспансерная группа **Консультативная группа

Так, при I типе адаптивного поведения образовательный уровень был высоким - большинство пациентов имели незаконченное высшее и высшее образование, в основной массе случаев их трудовая занятость соответствовала полученному уровню образования и лишь у нескольких человек деятельность была связана с работой, не требующей специальной квалификации, также немногие пациенты не работали. Инвалидность 3 группы была определена в единичных случаях, более тяжёлых групп инвалидности установлено не было. Большинство пациентов данной группы не находились под наблюдением ПНД, если же находились – то, как правило, получали консультативно-лечебную помощь. Данные о семейном положении лиц с данным типом адаптивного поведения также свидетельствуют о высоком уровне их социального функционирования: половина индивидуумов состояли в браке, приблизительно равные количества были разведены или никогда не вступали в брак.

При анализе группы со II типом приспособительного поведения было установлено, что, как и при I типе, большинство больных здесь имели незаконченное высшее, высшее, а также среднее специальное образование.При этом, несмотря на формально сравнительно высокий образовательный уровень, практически половина их них не были трудоустроены, а большинство работающих были заняты деятельностью, не требующей высокой профессиональной квалификации. Существенно чаще, чем при I типе, была установлена инвалидность различных групп. Более половины пациентов данной группы находились под наблюдением

ПНД, при этом несколько человек получали консультативно-лечебную помощь, большинство же из них относились к группе диспансерного наблюдения. В общей сложности половина пациентов состояли в браке или были разведены, а половина из них никогда не вступали в брак.

При III типе адаптивного поведения лишь немногие больные имели незаконченное высшее и высшее образование, подавляющее большинство получили среднее и незаконченное среднее образование. При этом, большая часть из них не были трудоустроены, лишь несколько человек работали, занимаясь низкоквалифицированным трудом. Инвалидность различных групп была установлена более чем у половины больных, практически все они находились в группе диспансерного наблюдения ПНД, некоторые получали консультативно-лечебную помощь, не наблюдались и не получали терапии на момент катамнеза единичные пациенты.

Таким образом, уровень социального функционирования больных обнаружил отчётливые корреляции с типом приспособительного поведения – наиболее высоким он был при консолидационном типе адаптивного поведения, а самым низким – при диссолюционном типе.

В целях максимальной объективизации полученных сведений, был проведён анализ состояния всех изученных пациентов с помощью формализованных оценочных шкал PSP и QLS (рисунок 1). Результаты оценки по шкале PSPотражали уровень социального функционирования, по шкале QLS – показатели качества жизни.

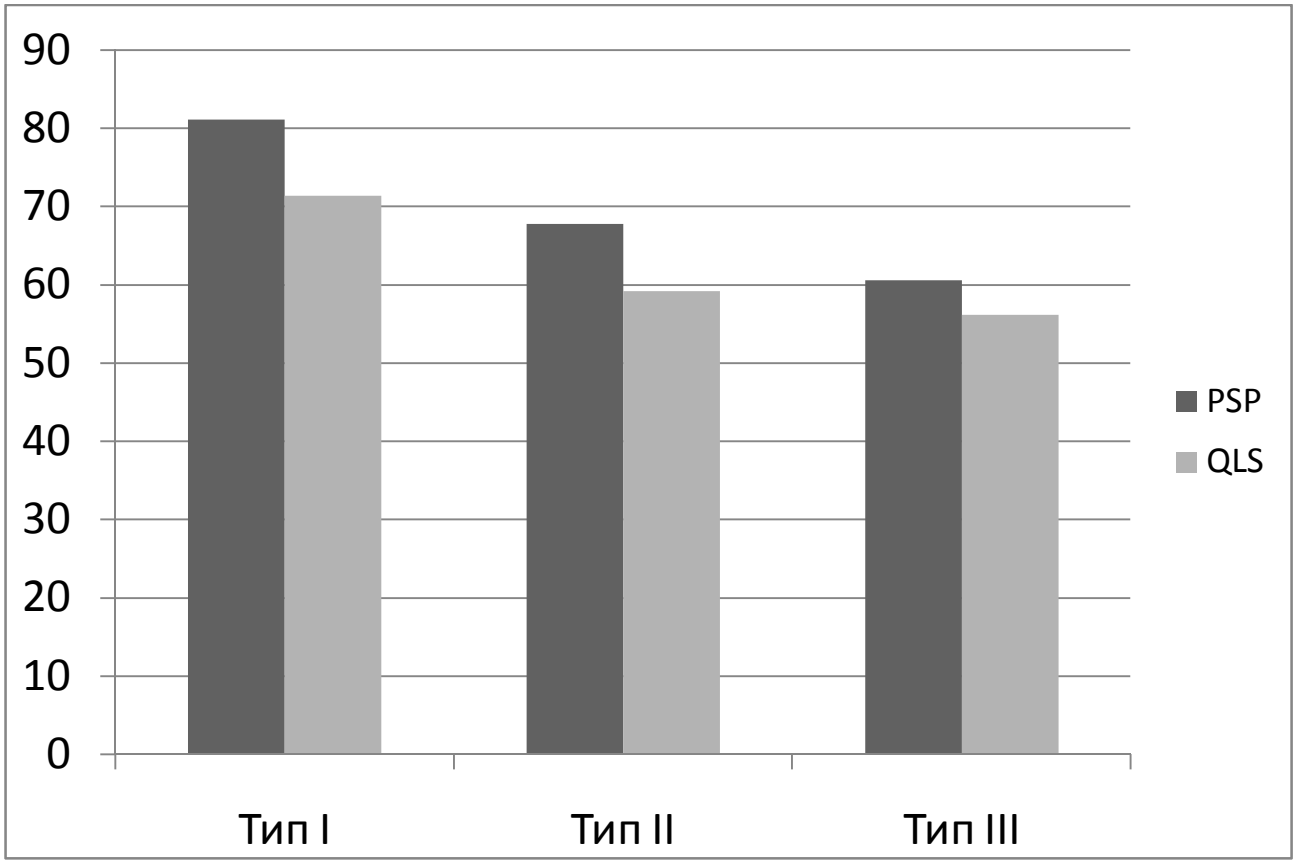

Рис. 1. Соотношение показателей социального функционирования и качества жизни по шкалам PSP и QLS

При анализе социального фукционирования с помощью шкалы PSP *у больных с I типом адаптивного поведения* отмечались наиболее высокие показатели – 81,2±12,4 баллов (рисунок 1), причём статистически значимо лучшие показатели социального функционирования были зафиксированы во всех четырёх основных областях ($p \leq 0,05$).

Показатели социально полезной деятельности здесь были лучшими во всей выборке (рисунок 2).

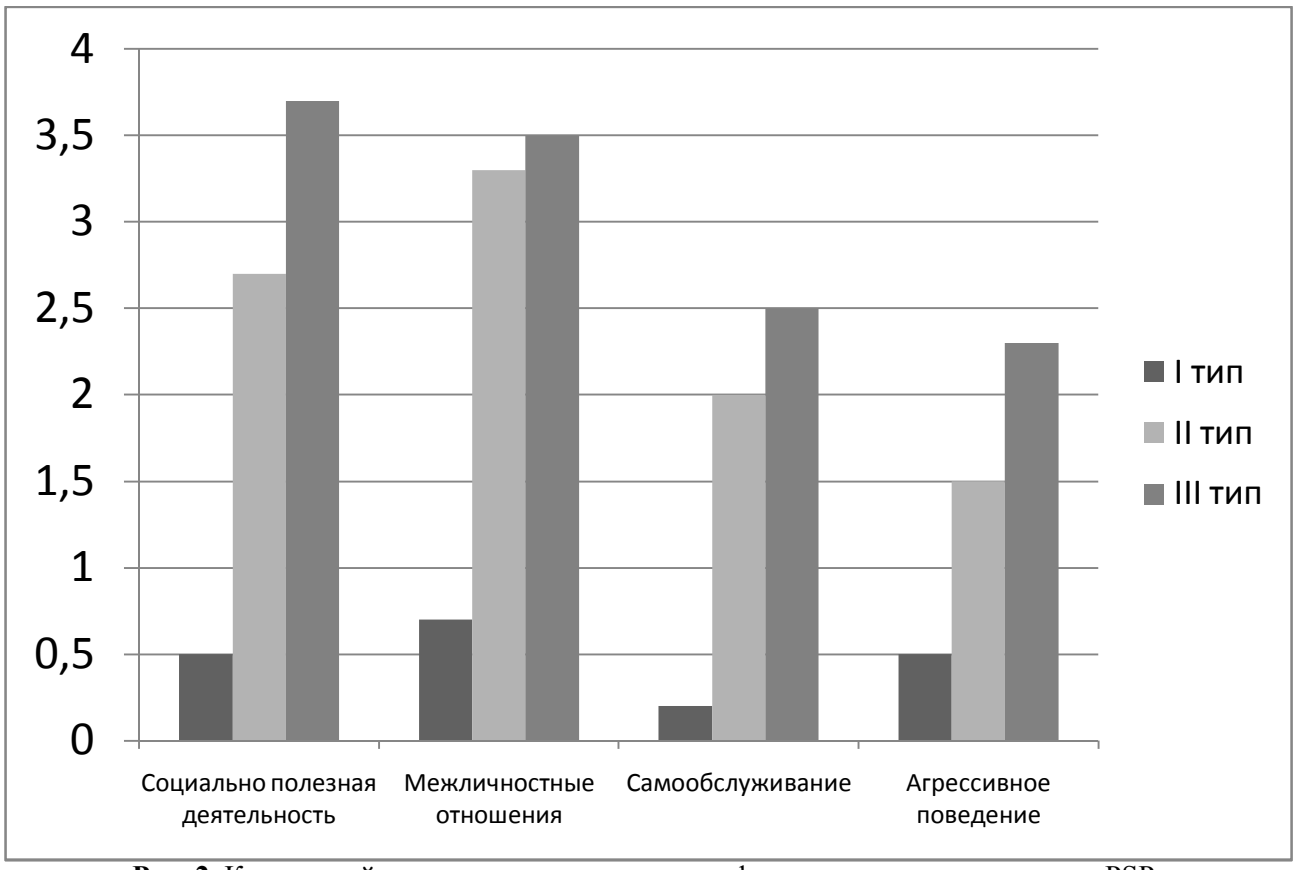

Рис. 2. Кластерный анализ уровня социального функционирования по шкале PSP

Анализ кластера социальных отношений позволил выявить, что пациенты с данным типом адаптивного поведения чаще общаются с друзьями и знакомыми, бывают на прогулках, посещают различные мероприятия.

Оценка уровня самообслуживания, а также беспокоящего и агрессивного поведения обнаружила, что большинство пациентов были способны функционировать без профессиональной или социальной помощи, поведение их также укладывалось в рамки принятых социальных норм.

Признаков беспокоящего и агрессивного поведения у данных пациентов практически не отмечалось.

Исследование качества жизни больных в психиатрии имеет свою специфику, связанную с наличием определенных трудностей использования именно субъективных измерителей. Данная ситуация обусловлена низкой достоверностью получаемых данных о качестве жизни больных с дефектами когнитивных функций, пациентов со сниженной эмоциональной реактивностью или апатией; а также получением искаженных результатов измерений в результате нарушения критических функций многих пациентов.

При оценке качества жизни пациентов с I типом адаптивного поведения с помощью шкалы QLS показатели были максимальными во всей изученной когорте, средний балл здесь составил 71,4±12,3.

Кластерный анализ показателей шкалы QLS выявил, что пациенты данной группы субъективно достоверно высоко оценивают свое положение по кластеру межличностных отношений – удовлетворены своим положением в семье, характером общения с ближайшим окружением, отмечают хорошие показатели по кластеру выполнения производственной деятельности, а также по кластеру других симптомов, отражающих субъективную удовлетворённость качеством жизни.

Таким образом, в группе пациентов с консолидационным типом адаптивного поведения были отмечены высокие показатели как в отношении объективного параметра - уровня

социального функционирования, так и параметра субъективного – удовлетворённости качеством жизни, между данными параметрами были установлены прямые корреляции ($p \leq 0,05$).

Показатели по шкале PSP при II типе адаптивного поведения - 67,8±12,8 баллов, что существенно ниже, чем в группе с консолидационным типом адаптивного поведения ($p \leq 0,05$).

Проведённый по опроснику PSP кластерный анализ позволил выявить, что пациенты данной группы имеют значительно более низкие показатели социального функционирования во всех четырёх основных областях, чем больные с консолидационным типом адаптивного поведения ($p \leq 0,05$).

Так, при оценке кластера социально полезной деятельности было установлено, что эти больные существенно хуже справляются с трудовыми обязанностями.

Анализ кластера социальных отношений позволил выявить, что они имеют ограниченный круг общения, при этом отношения с родственниками часто носили неустойчивый или конфликтный характер.

При оценке уровня самообслуживания выяснилось, что ряд пациентов нуждались в оказании социальной помощи, будучи неспособными самостоятельно поддерживать приемлемый уровень социального функционирования.

Поведение пациентов не всегда укладывалось в рамки принятых социальных норм, в качестве декомпенсирующих образований выступали преимущественно проявления психопатоподобного поведения. В то же время, ряд больных данной группы обнаруживали признаки социально-приемлемого поведения даже при неполной клинической компенсации.

Средний балл по шкале QLS, характеризующей качество жизни, также был ниже и составил 59,2±11,7.

Кластерный анализ показателей шкалы QLS выявил, что пациенты с диссоциативным типом адаптивного поведенияв сравнении с пациентами первой группы субъективно существенно ниже оценивают качество своей жизни как по кластеру межличностных отношений, так и по кластеру выполнения производственной деятельности. Также имеет место существенно более низкая оценка по пунктам, отражающим удовлетворённость некоторыми другими областями деятельности. Лишь у небольшого числа пациентов присутствовала субъективная переоценка качества жизни в сравнении с имеющимися объективными параметрами социального функционирования.

Таким образом, в группе пациентов с диссоциативным типом адаптивного поведения были отмечены более низкие в сравнении с I группой показатели уровня социального функционирования и удовлетворённости качеством жизни, при этом корреляции между ними также в большинстве случаев носили линейный характер ($p \leq 0,05$).

При III типе адаптивного поведения по шкале PSP отмечались наиболее низкие показатели ($p \leq 0,05$), средний балл составлял 60,6±11,2 ($p \leq 0,05$).

Проведённый по опроснику PSP кластерный анализ обнаружил, что пациенты данной группы имеют самые низкие во всей обследованной когорте показатели социального функционирования во всех четырёх основных кластерах ($p \leq 0,05$).

Пациенты с III типом адаптивного поведения в немногих случаях были способны к продуктивной трудовой деятельности.

При анализе кластера социальных отношений выяснилось, что низкий уровень социальных контактов прослеживался у большинства больных, круг общения у них был крайне узок и в большинстве случаев ограничивался лишь ближайшим окружением, в основном общение происходило с членами семьи по инициативе последних, что было связано с нарастающими негативными изменениями личности. В браке состояли только несколько человек, остальные проживали с родителями или в одиночестве.

Практически половина пациентов нуждались в оказании помощи либо со стороны родственников, либо со стороны специализированных организаций, поскольку не были способны без посторонней помощи в должной мере себя обслуживать и поддерживать приемлемый уровень социального функционирования.

Во многих случаев поведение пациентов не укладывалось в рамки принятых социальных норм, наиболее часто это происходило в силу декомпенсирующего влияния имеющейся резидуальной галлюцинаторной и бредовой симптоматики, а также выраженных эмоционально-волевых изменений личности.

Парадоксальным образом, показатели по шкале QLS здесь были лишь немногим ниже, чем при диссоциативном типе адаптивного поведения, и составили 56,2±13,1. В данной группе многие пациенты обнаруживали удовлетворенность своими жизненными обстоятельствами и качеством жизни при объективно сниженном уровне социального функционирования. Самооценка материального благосостояния, жилищных условий, взаимоотношений с социальным окружением, а также статуса в семье показала удовлетворенность пациентов своим положением при низких объективных показателях и имеющихся реальных возможностях. Данная ситуация связана с большей степенью выраженности негативных расстройств в данной группе, так как с их углублением когнитивный дефицит нарастает, уровень фактической адаптации падает, а уровень субъективной удовлетворённости качеством жизни возрастает в связи с нарушением критических способностей.

Заключение. Результаты исследования показали, что тип адаптивного поведения в значительной степени оказывал влияние на показатели социального функционирования и качества жизни пациентов. Полученные данные свидетельствуют о значительно более высоком уровне социального функционирования и качества жизни у больных с консолидационным типом адаптивного поведения. Существенно более низкие показатели характерны для пациентов с диссоциативным типом адаптивного поведения. Наконец, наиболее низкие показатели социального функционирования выявлены у лиц с диссолюционным типом адаптивного поведения; при этом, субъективная оценка качества жизни пациентами здесь лишь немногим ниже, чем в группе больных с диссоциативным типом адаптивного поведения, что связано с большей степенью выраженности негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита, приводящих к нарушению критического отношения к объективной действительности.

Подобный комплексный анализ механизмов и проявлений индивидуального реагирования пациентов позволяет осуществлять персонифицированный подход как к психофармакотерапевтическим интервенциям, направленным на конкретные симптомы-мишени, так и ко всему комплексу психосоциореабилитационных мероприятий, делая возможным их адресное применение и достижение максимальных результатов.

Литература:

1. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты). Вестник новых медицинских технологий. 2008.XV(1). 70-73.
2. Emsley R., Chiliza B., Asmal L., Lehloenya K. Theconceptsofremissionandrecoveryinschizophrenia. CurrOpin Psychiatry. 2011. Mar. 24(2). 114.
3. Cavelti M., Kvrgic S., Beck E. et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. Areviewofself-reportinstruments. EurPsychiatry. 2012. 27(1). 19-32.
4. Миневич Н.А. Психосоциальная составляющая в работе с пациентами с первым психотическим эпизодом. Социальная психиатрия будущего. 2008. 90.
5. Каледа В.Г. Юношеская шизофрения: особенности психопатологии, клиники и терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015. 115(11). 26-33.
6. Лукьянова Т.В., Данилов Д.С., Морозова В.Д. Особенности применения типичных и атипичных нейролептиков у больных пожилого возраста. Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. Краснодар, 2003. 195-197.
7. Jones P.B., Buckley P.F. Schizophrenia. Edinburgh: ChurchillLivingstone.Elsevier. Lundbeck-Institute. 2006. 167.
8. Каменков К.А., Быков А.Ф. Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии.Социальная и клиническа япсихиатрия. 2009. 19(3). 15-19.

9. Mauz F. Die Prognosticderendogenen Psychosen. Leipzig, 1930. 121 s.
10. Мелехов Д.Е. Кпроблемерезидуальныхидефектныхсостояний при шизофрении (В связи с задачами социально-трудового прогноза). Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1981. 1. 23-26.
11. Маричева М.А. Особенности копинг-стратегий у юношей, перенесших первый психотический приступ. Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. 14(6). 55-61.
12. Martins J., Rudnick A.Are-analysisoftherelationshipamongcoping, symptomseverityandqualityoflifeinschizophrenia. Schizophrenia Research.2007. 89. 355-356.
13. Коцюбинский А.П. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. Социальная и клиническая психиатрия. 2013. 23(4). 45-50.
14. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути её практического разрешения.Ранняя реабилитация психически больных. Л. 1984. 5-16.
15. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии. Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. СПб. 2000. 58–60.
16. Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В., Бутома Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. 12. 4-8.
17. StaringA.B., et al.Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, lowself-esteem, and low quality of life in patient swit hschizophrenia spectrum disorders. Schizophr Res. 2009.2. 363-369.
18. Петрова Н.Н., Аристова Т.А., Чернышева А.Ю. Влияние гендерных характеристик на психическую адаптацию больных эндогенными заболеваниями. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2007. 1(11). 46–51.
19. Кельмишкейт Э.Г. Приспособляемость студентов – больных шизофренией как критерий прогноза их обучаемости в вузах. IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Л. 1974. 272–275.
20. ZubinJ., SpringB. Vulnerability – anewviewofschizophrenia.J. Abnorm. Psychol. 1977. 86. 103–126.
21. Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией. Ранняя реабилитация психически больных. Л. 1984. 39-46.
22. Скороходова Т.Ф., Райзман Е.М., Рожков С.А. Психотерапия в базовой психиатрической помощи. Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). Томск. 1998. 174-175.
23. Посохова С. Т., Башкина Ю. Д. Рискованное поведение и возможные сферы самореализации подростков. Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 12 / Под ред. Л. А. Коростылевой. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета. 2008. 38-46.
24. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа. Психологическая наука и образование. 2008. 1. 67.
25. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическаяпредпатология (превентивная диагностика и коррекция). ЭЛБИ-СПб.2010. 368.

References:

1. Mitrofanova O.I. The quality of life of patients with schizophrenia in different populations (clinical, social and gender aspects).Vestniknovyhmedicinskihtehnologij. 2008. 5(1). 70-73. in Russian.
2. Emsley R., Chiliza B., Asmal L., Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia.CurrOpin Psychiatry. 2011. 24(2). 114-21.
3. Cavelti M., Kvrgic S., Beck E. et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. Areviewofself-reportinstruments.EurPsychiatry. 2012. №27(1). 19-32.

4. Minevich N.A. Psycho-social component in dealing with patients with first psychotic episode. Social'najapsihiatrijabudushhego. 2008. 90.in Russian.
5. Kaleda V.G. Youthfull schizophrenia: features of psychopathology, clinic and therapy. Zhurnal-nevrologiiipsihiatriiim. S.S. Korsakova. Specvypuski. 2015. 115(11). 26-33.in Russian.
6. Luk'janova T.V., Danilov D.S., Morozova V.D.Features of the use of typical and atypical anti-psychotics in elderly patients. Aktual'nyevoprosyohranypsihicheskogozdorov'janaselenija. Krasnodar. 2003. 195-197.in Russian.
7. JonesP.B., BuckleyP.F. Schizophrenia. Edinburgh: ChurchillLivingstone / Elsevier. Lundbeck-Institute.2006. 167.
8. Kamenkov K.A., Bykov A.F. Analysis of the causes of the phenomenon of delayed rehabilitation in psychiatry.Social'najaiklinicheskajapsihiatrija. 2009.19(3). 15-19. in Russian.
9. MauzF. DiePrognosticderendogenenPsychosen. Leipzig, 1930. 121.10. Melehov D.E.The problem of residual and defect status in schizophrenia (the problem of social-labor forecast).Zhurnalnevrologiiipsihiatriiim. S.S. Korsakova. 1981. 1. 23-26.in Russian.
11. Maricheva M.A. Features coping strategies in yothful age after the first psychotic episode.Psihiatrijaipsihofarmakoterapija. 2012. 14(6). 55-61.in Russian.
12. MartinsJ., RudnickA.Are-analysisoftherelationshipamongcoping, symptomseverityandqualityoflifeinschizophrenia.SchizophreniaResearch.2007. 89. 355-356.
13. Kocjubinskij A.P. Holistic diagnostic approach in psychiatry. Message 1. Social'najaiklinicheskajapsihiatrija. 2013. 23(4).45-50.in Russian.
14. Volovik V.M. The problem of early rehabilitation of the mentally ill and some ways of its practical solutions.Rannjajareabilitacijapsihicheskibol'nyh. Leningrad. 1984. 5-16.in Russian.
15. Rustanovich A.V. Multiaxial diagnostics as a component of humanistic tendencies of the development of modern psychiatry. Sovremennyepodhody k diagnostikeilechenijunervnyhipsihicheskihzabolevanij. Saint Petersburgh. 2000.58–60.in Russian.
16. Kocjubinskij A.P., Aristova T.A., Shejnina N.S., Burkovskij G.V., Butoma B.G. Functional diagnosis in psychiatry.Obozreniepsihiatriiimedicinskojpsihologiiim. V.M. Behtereva. 2011. 12. 4-8.in Russian.
17. StaringA.B., et al.Stigmamoderatestheassociationsofinsightwithdepressedmood, lowself-esteem, andlowqualityoflifeinpatientswithschizophreniaspectrumdisorders.SchizophrRes. 2009.2. 363-369.
18. Petrova N.N., Aristova T.A., Chernysheva A.J. The effect of gender characteristics on the mental adaptation of the patients with endogenous diseases. Vestnik Sankt-Peterburgsokouniversiteta. 2007. 1(11). 46–51.in Russian.
19. Kel'mishkejt J.G. Adaptability of students with schizophrenia, as criterion for their learning in universities. IV International Symposium on the Rehabilitation of Mental Illnesses. Leningrad. 1974. 272-275.in Russian.
20. ZubinJ., SpringB. Vulnerability – anewviewofschizophrenia.J. Abnorm. Psychol. 1977. 86. 103–126.
21. Volovik V.M., Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S. The formation of adaptive behaviour of patients with sluggish schizophrenia. Rannjaja reabilitaci japsihicheskibol'nyh. L. 1984. 39-46.in Russian.
22. Skorohodova T.F., Rajzman E.M., Rozhkov S.A. Psychotherapy in basic mental health care. Reabilitacija v psihiatrii (klinicheskieisocial'nyeaspekty). Tomsk. 1998. 174-175.in Russian.
23. Posohova S.T., Bashkina Ju.D. Risky behavior and possible areas of adolescent self-realization. Psihologicheskieproblemysamorealizaciilichnosti. 2008.12. 38-46.in Russian.
24. Bogomolov A.M. Personal adaptational potential in the context of system analysis. Psihologi cheskajanaukaiobrazovanie. 2008. 1. 67. in Russian.
25. Ovchinnikov B.V., D'jakonov I.F., Bogdanova L.V. Mental prepathology (preventive diagnostics and correction). ELBI-SPb. 2010. 368. inRussian.