

# Связь субъективных оценок пациентов, находящихся на принудительном лечении с выраженностью негативной симптоматики и уровнем когнитивного функционирования

*Кабанова Т.Н., научный сотрудник, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (tatianak0607@yandex.ru)*

*Казаковцев Б.А., доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (bakazakovtsev@serbsky.ru)*

---

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи субъективных оценок психически больных со степенью выраженности негативной симптоматики и уровнем когнитивного функционирования. Выделены особенности восприятия больными различных аспектов принудительного лечения и субъективной удовлетворенности лечением. При обследовании 94 пациентов мужского пола с диагнозом органическое психическое расстройство и шизофрения использовался диагностический комплекс, состоящий из патопсихологического исследования, формализованной карты обследования, шкалы оценки негативной симптоматики SANS, опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90, самоотчета имеющих проблем, а также – авторского инструмента Проверочного листа отношения к лечению и пребыванию в стационаре (Булыгина В.Г, Кабанова Т.Н., 2011). Выявлены различия в субъективных оценках аспектов принудительного лечения и социального функционирования больных с различной степенью выраженности негативной симптоматики и зависимость субъективных оценок от уровня когнитивного функционирования.

**Ключевые слова:** принудительное лечение (ПЛ), субъективные оценки, негативная симптоматика, когнитивное функционирование.

---

## Введение

Стационарное принудительное лечение (ПЛ) является ведущим этапом медицинской профилактики совершения повторных правонарушений психически

больными. Вопрос прекращения или изменения вида принудительного лечения с использованием критериев клинического и социального прогноза требует всестороннего анализа и учета комплекса клинико-психопатологических, социально-демографических и психологических факторов [1; 2].

В психиатрической клинике нередко можно наблюдать, с одной стороны, несоответствие тяжести психопатологических расстройств уровню социально-трудового приспособления, а с другой стороны – синдромально-нозологический диагноз не дает в полной мере информацию о возможностях адаптации конкретного больного. Психологические механизмы адаптации в значительной степени определяют уровень социально-психологического функционирования личности и участвуют как в формировании, и особенно редукции психопатологической симптоматики, так и в становлении приспособительного поведения [4; 5].

Данное положение было подтверждено рядом выявленных закономерностей. Так нейрокогнитивный дефицит – это более валидный предиктор социального функционирования в обществе, чем позитивная и негативная симптоматика. То есть показатели когнитивного функционирования, а не собственно клинические симптомы, являются важными индикаторами имеющегося у больных потенциала социальной адаптации. А у судебно-психиатрических пациентов при менее глубоких (психопатоподобных) нарушениях ведущую роль в совершении общественно-опасных действий (ООД) играют негативные социально-личностные ориентации больных – наиболее стабильные факторы рецидива ООД.

Таким образом конкретизация целей и построение индивидуального прогноза требуют более полной информации о характере функционирования больного в среде, о факторах не только биологического, но и социально-психологического порядка, определяющих адаптацию больного [3].

Было обследовано 140 пациентов мужского пола в возрасте от 19 до 63 лет, находящихся на адаптационно-диагностическом этапе ПЛ в Московской ПБ № 5 и Орловской ПБСТИН. Далее было проведено повторное тестирование 94 из 140 больных, находящихся на этапе подготовки к выписке. В группу обследованных входили пациенты с диагнозом шизофрения и пациенты с органическими психическими расстройствами. Средний временной интервал между двумя замерами составил 2 года.

#### **Диагностический комплекс включал следующие методики:**

1. Проверочный лист отношения к лечению и пребыванию в стационаре (Булыгина В.Г, Кабанова Т.Н., 2011). Данная методика предназначена для определения субъективных оценок больных, находящихся на ПЛ и их установок в отношении лечения. В результате анализа историй болезни, протоколов экспериментальных исследований, интервьюирования больных были выделены следующие блоки: отношение к лечению, отношение к пребыванию в стационаре, отношения с врачом и персоналом, отношения доверия между врачом и пациентом, отношения с другими пациентами, атрибуция изменений клинического состояния. Было отобрано 19 утверждений с несколькими вариантами ответов. Испытуемому предлагалось на каждое утверждение выбрать один вариант ответа.

2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (L. Derogatis (1973), адаптирован Н.В. Тарабриной (2001)). Методика предназначена для оценки глубины психических нарушений и динамики психотерапевтического воздействия. Опросник включает 90 симптомов и ощущений, испытуемому необходимо указать из пяти предложенных вариантов тот, который наиболее точно отражает степень выраженности или отсутствия в его состоянии перечисленных симптомов. Опросник состоит из следующих шкал: соматизации (SOM), межличностной сензитивности (INT), обсессивно-компульсивных расстройств (O-C), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), шкалы паранойяльной симптоматики (PAR) и психотизма (PSY). Методика содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (GSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI).

3. Самоотчет. Самооценка имеющихся проблем. Данная методика используется для оценки риска, который представляет правонарушитель, и идентификации факторов, которые влияют на совершение правонарушения. Методика была разработана совместно Тюремной Службой и Службой Пробации США. Самоотчет состоит из 28 утверждений. Испытуемому предлагается отметить, что является для него проблемой, и связана ли эта проблема с его противоправным поведением.

4. Формализованная карта обследования, включающая социально-демографические, криминологические, клинические, психологические переменные. Анализу подвергались оцениваемые лечащим врачом показатели: особенности фармакотерапии, удовлетворенность пациента лечением, эффективность психотерапевтических мероприятий, активность больного в отделении, и при решении своих социальных проблем.

5. Шкала выраженности негативной симптоматики (SANS). Шкала состоит из 5 блоков, таких как: уплощение и ригидность аффекта, нарушение речи, апато-абулические расстройства, ангедония-асоциальность, внимание. Вышеперечисленные блоки состоят из нескольких подпунктов (симптомов), выраженность симптома оценивается по 5-балльной системе. Шкала заполнялась лечащим врачом.

### **Процедура исследования**

Для прояснения вопроса о влиянии выраженности негативной симптоматики на субъективные оценки, был проведен анализ показателей, верифицированных лечащим врачом (особенности фармакотерапии, удовлетворенность пациентом лечением, эффективность психотерапевтических мероприятий, активность больного в отделении и при решении своих социальных проблем), в отношении тех больных, которые находились на этапе подготовки к выписке. Также заполнялась шкала выраженности негативной симптоматики (SANS).

По степени выраженности негативной симптоматики все больные были разделены на 4 квартиля: в первом – минимальная выраженность, во втором – средняя выраженность, в третьем – умеренная выраженность, в четвертом – максимальная выраженность.

Для определения связи субъективных оценок пациентов с выраженностью негативной симптоматики был проведен анализ таблиц сопряженности.

Следующим этапом исследования был *кластерный анализ по методу K-средних* с разбиением на 2 кластера по патопсихологическим показателям, а именно: общий уровень познавательной сферы, объем сведений и знаний, способность ориентироваться в практических, житейских ситуациях, обучаемость, объем непосредственного и опосредованного запоминания, внимание, темп работоспособности, ассоциативная сфера, динамический аспект, операциональный аспект, мотивационный аспект, критичность, адекватность субъективного качества жизни. Для выявления значимых взаимосвязей между принадлежностью к выделенным кластерам и клинико-социальными показателями был использован критерий  $\chi^2$ .

Для анализа особенностей субъективных оценок имеющих симптомы, проблем социального функционирования и различных аспектов проводимого ПЛ, обусловленных спецификой когнитивного функционирования, был выбран непараметрический метод сравнения групп U Манн-Уитни.

### **Результаты исследования**

Пациентов *первого квартиля* – минимальная выраженность негативной симптоматики – значимо отличают такие переменные, как: доверие лечащему врачу, активность в общении с родственниками и друзьями. При этом общение с другими пациентами было преимущественно избирательным. Значимо чаще пациенты конфликтовали с соседями по палате из-за беспорядка в палате. Этим больных отличает опасения по поводу проблем с трудоустройством после выписки. Также для пациентов первого квартиля характерна удовлетворенность лечением в связи отсутствием побочных эффектов.

Положительная динамика отмечается в критической оценке своего состояния. Отрицательная динамика наблюдается в заявлении у больных ранее не отмечавшихся следующих проблем: неспособности справиться со злым аффектом, объяснении трудностей коммуникации и проявлений агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальными провокациями окружающих.

Без изменений остались такие аспекты субъективных оценок, как: мотивировки нарушений режима, проблемы со сном. Неизменным также остался процент больных удовлетворенных проводимым лечением.

Однако данную группу отличает небольшой процент больных с высокой степенью осознания болезни, и больных, в отношении которых поставленные психотерапевтические задачи были не реализованы.

Пациентов *второго квартиля* – средняя степень выраженности негативной симптоматики – значимо отличают такие переменные как: доверие лечащему врачу, активность в общении с родственниками и друзьями, избирательное общение с другими пациентами, удовлетворенность лечением в связи с отсутствием побочных эффектов, наличие опасений, что от них отвернется семья и возникнут

проблемы с трудоустройством после выписки. Обращает внимание, что в данной группе значимо больше больных, осознающих наличие у себя психического расстройства, а также пациентов, в отношении которых были полностью реализованы психотерапевтические задачи.

Пациентов *третьего квартала* – умеренная выраженность негативной симптоматики – значимо отличают такие переменные как: конфликтность с другими пациентами из-за беспорядка в палате, преимущественно письменное общение с родственниками, а также отсутствие беспокойства по поводу разрыва семейных связей. Однако для таких пациентов характерны опасения о возможных трудностях в трудоустройстве после выписки.

Положительная динамика отмечается в способности совладать со злобным аффектом, в удовлетворенности проводимым лечением. Отмечается увеличение количества больных, отрицающих наличие конфликтов с соседями по палате, объясняющих трудности коммуникации с окружающими и проявление агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальной провокацией. Отрицательная динамика отмечается в появлении проблем с засыпанием и недостаточной критической оценке своего состояния.

Пациентов *четвертого квартала* значимо отличают такие переменные как: недоверие лечащему врачу и некритичность, при отсутствии конфликтов с другими пациентами. Таких пациентов характеризует озабоченность проблемой трудоустройства после выписки. Согласно мнению больных, отмечается положительная динамика в способности совладать со злобным аффектом. Кроме того отмечается уменьшение проблем в соблюдении режимных требований, неудовлетворенности проводимым лечением, редуцировании конфликтов с соседями по палате. Пациенты этой группы объясняют трудности коммуникации и проявление агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальной провокацией со стороны окружающих.

Далее были проанализированы взаимосвязи уровней развития когнитивных функций и субъективных оценок имеющихся проблем в социальном функционировании. Испытуемые в группе со средним уровнем развития когнитивных функций, в отличие от группы испытуемых с низким уровнем, не склонны воспринимать как проблему непонимание чувств других людей, азартные игры, связь с дурной компанией.

Проведенный анализ показал, что группа со *средним уровнем когнитивного функционирования* по сравнению со второй значимо отличается лучшей учебной в школе, более высоким образовательным уровнем, чаще гармоничными условиями воспитания. Те, кто совершал преступления ранее, в группе со средним уровнем когнитивного функционирования, чаще ожидаемого совершали убийства и преступления с применением насилия, а во второй группе – с низким уровнем когнитивного функционирования – корыстные преступления без насилия. В группе со средним уровнем когнитивного функционирования преступления чаще совершаются в состоянии алкогольного опьянения, чаще отмечаются нарушения режима и большая индифферентность к мерам взыскания.

Лица с низким уровнем когнитивного функционирования значимо чаще заявляют в качестве проблем трудности понимания чувств других людей и трудности с получением работы.

Лиц со средним уровнем когнитивного функционирования значимо отличает снижение критики к собственной личности, болезни и ситуации ООД, установочное поведение в виде отказа от лечения, недоверия врачу и персоналу, а также в виде демонстрации конвенциональности установок. Они значимо чаще заявляют о наличии у них симптомов межличностной тревожности, депрессии, фобии и психотицизма.

**Таким образом,** среди клинико-социальных переменных, с лучшим уровнем когнитивного функционирования ассоциируются более тяжкие ООД, совершение их в состоянии алкогольного опьянения, снижение уровня критичности, во время осуществления ПЛ – установочное поведение, частые нарушения режима и большая индифферентность к мерам взыскания.

У пациентов с *минимальной выраженностью негативной симптоматики* была выявлена положительная динамика в критической оценке своего состояния и одновременном появлении не заявленных ранее проблем: неспособности справиться со злобным аффектом, объяснении трудностей коммуникации и проявлений агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальными провокациями окружающих. Без динамики остались мотивировки нарушений режима и проблем с засыпанием, также остался неизменным процент больных, удовлетворенных проводимым лечением.

Пациентов со средней степенью *выраженности негативной симптоматики* значимо отличает наличие доверия к лечащему врачу, активность в общении с родственниками и друзьями, избирательное общение с другими пациентами. У пациентов вызывает опасение, что от них отвернется семья и возникнут сложности с трудоустройством после выписки. Именно в этой группе отмечается осознание у себя психического расстройства и оценка врачами полноты реализации психотерапевтических задач.

Пациентов с умеренной *выраженностью негативной симптоматики* отличает положительная динамика в увеличении способности совладания со злобным аффектом, в удовлетворенности проводимым лечением, отмечается увеличение количества пациентов, отрицающих наличие конфликтов с соседями по палате. Пациентов этой группы отличают трудности коммуникации с окружающими и объяснение проявления агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальной провокацией.

У пациентов с *максимально выраженной негативной симптоматикой* также отмечено процентное снижение лиц, заявляющих о проблемах совладания со злобным аффектом, удовлетворенных проводимым лечением, уменьшение проблем в соблюдении режимных требований, редукция конфликтов с соседями по палате. Пациенты этой группы объясняют трудности коммуникации и проявлений агрессии своими патохарактерологическими особенностями и вербальным провокативным поведением со стороны окружающих.

## Литература

1. *Абдраязкова А.М., Булыгина В.Г.* Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 54-58.
2. *Булыгина В.Г.* Цели психосоциальной реабилитации во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 23-27.
3. *Казаковцев Б.А., Булыгина В.Г., Макурина А.П., Кабанова Т.Н., Макурин А.А.* Методика оценки протективных факторов при лечении и реабилитации психически больных// Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздравсоцразвития РФ, 2013. – 28 с.
4. *Кабанова Т.Н., Булыгина В.Г.* Роль субъективных оценок психически больных в формировании приверженности лечению и профилактике повторных ООД// Психология и право. 2012. – № 1. – С. 99-109.
5. *Котов В.П., Мальцева М.М.* Первичная профилактика общественно опасных действий психически больных // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции. М., 2004. – С. 15-24.

# Communication subjective assessments of patients undergoing compulsory treatment with the severity of negative symptoms and cognitive functioning level

*Kabanov T.N., Researcher, FGBU "Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction" of the Ministry of Health of the Russian Federation (tatianak0607@yandex.ru)*

*Kazakovtsev B.A., Head of epidemiological and organizational problems of psychiatry FGBU "Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction" MoH, MD, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation (bakazakovtsev@serbsky.ru).*

---

The article presents the results of studies on the relationship of subjective assessments of the mentally ill with the severity of negative symptoms and cognitive functioning level. The features of patients perception of various aspects of compulsory treatment and subjective satisfaction with treatment. In a study of 94 male patients with a diagnosis of organic mental disorder and schizophrenia was used diagnostic system, consisting of patopsihological study, formal survey map, the scale of assessment of negative symptoms SANS, questionnaire symptom levels SCL-90, self-existing problems, as well as - in Test authoring tool sheet to treatment and hospital stay (V.G. Bulygina, T.N. Kabanova, 2011).

The differences in subjective assessments of aspects of compulsory treatment and social functioning of patients with varying degrees of severity of negative symptoms and dependence of subjective assessments of the level of cognitive functioning.

**Keywords:** compulsory treatment (PL), subjective evaluation, negative symptoms, cognitive functioning.

---



---

## References

1. *Abdrazyakova A.M., Bulygina V.G.* Kriterii otsenki effektivnosti psikhosotsial'noi reabilitatsii [Criteria for evaluating the effectiveness of psychosocial rehabilitation]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. – 2006. – № 3. – pp. 54-58.
2. *Bulygina V.G.* Tseli psikhosotsial'noi reabilitatsii vo vremya prinuditel'nogo lecheniya v psikhiatricheskom statsionare [Goal of psychosocial rehabilitation during compulsory treatment in a psychiatric hospital]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. – 2006. – № 2. – pp. 23-27.
3. *Kazakovtsev B.A., Bulygina V.G., Makurina A.P., Kabanova T.N., Makurin A.A.* Metodika otsenki protektivnykh faktorov pri lechenii i reabilitatsii psikhicheskibol'nykh. Metodicheskie rekomendatsii [Methodology to evaluate the protective factors in the treatment and rehabilitation of the mentally ill]. – Moscow.: FGBU «GNTs SSP im. V.P. Serbskogo» Minzdrav sots razvitiya RF. 2013. – 28 p.
4. *Kabanova T.N., Bulygina V.G.* Rol' sub"ektivnykh otsenok psikhicheskii bol'nykh v formirovanii priverzhennosti lecheniyu i profilaktike povtornykh OOD [The role of subjective evaluations of the mentally ill in the formation of adherence to treatment and prevention of recurrent Ltd]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law]. 2012. – № 1. – pp. 99-109.
5. *Kotov V.P., Mal'tseva M.M.* Pervichnaya profilaktika obshchestvenno opasnykh deistvii psikhicheskii bol'nykh. Sovremennyye tendentsii organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi: klinicheskie i sotsial'nye aspekty [Primary prevention of socially dangerous actions of the mentally ill. Modern tendencies of the organization of mental health care: clinical and social aspects]: Materialy Rossiiskoi konferentsii [Proceedings of the Russian Conference]. Moscow., 2004. – pp. 15-24.