

**СВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И
ХАРАКТЕРИСТИК ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Виктория Петровна Иржевская, младший научный сотрудник,
ГНИИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологии,
Александр Шамилевич Тхостов, доктор педагогических наук, профессор,
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (МГУ),
Маргарита Алексеевна Морозова, доктор медицинских наук, зав. лабораторией,
Научный центр психического здоровья РАМН,
Москва*

Аннотация

Целью работы является изучение связи осознания психической болезни и отдельных характеристик эмоционально-волевой сферы при параноидной шизофрении. Результаты эмпирического исследования позволяют заключить, что осознание психической болезни у больных шизофренией является сложным феноменом, характеризующимся многочисленными связями с уровнем эмоционального интеллекта и выраженностью депрессивной симптоматики.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, депрессия, осознание болезни, инсайт, критичность.

**RELATIONSHIP BETWEEN UNAWARENESS OF ILLNESS AND EMOTIONAL-
VOLITIONAL DOMAIN IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS**

*Victoria Petrovna Irzhevsky, research worker,
National Research Center for Prophylactic Medicine (Moscow).
Alexander Shamilevich Thostov, doctor of pedagogical sciences, professor,
Moscow State University,
Margarita Alexeevna Morozova, doctor of medical sciences, head of the laboratory,
Centre of Science of Mental Health of Russian Academy of Medical Science
Moscow*

Abstract

The purpose of our study is to examine association between awareness of illness and particular characteristics of emotional- volitional domain in patients with schizophrenia. The results of study allow concluding that awareness of illness as a complex psychological phenomenon, characterized by extensive associations with emotional intellect and depressive symptoms in schizophrenia patients.

Key words: emotional intellect, depression, awareness of illness, insight, critical ability.

ВВЕДЕНИЕ

Работа выполнена в рамках научного проекта «Нарушение осознания собственной болезни на модели психических и соматических расстройств» при поддержке гранта РФФИ № 07-06-00335-а.

В данном исследовании для операционализации осознания психической болезни выбрано понятие «инсайт», которое наиболее полно отражает сложную и многофакторную структуру репрезентации психической болезни в сознании пациента. Этот эмпирический конструкт широко применяется в клинической практике и является одним из важных критериев в диагностических руководствах МКБ-10 [14] и DSM-IV [9]. На сегодняшний день, в клинической практике используется определение инсайта как «осознание собственной психической болезни» [7]. Термин «осознание» здесь имеет специфический смысл. «Осознание» понимается как «формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, совпадающих с культурно-социальной реальностью сообщества, частью которого он является» [7, С. 16].

Нарастание нарушений когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфер психики в рамках шизофренического процесса, несомненно, отражается на способности пациентов к восприятию, обработке и актуализации эмоциональной информации и

совладению с эмоциональными переживаниями. Следовательно, особый интерес представляет исследование связи осознания психической болезни и характеристик эмоционально-волевой сферы на различных этапах заболевания шизофренией.

Распространенным наблюдением при расстройствах эмоционально-волевой сферы при шизофрении является дефицит знаний и навыков эмоциональной саморегуляции социального поведения, особенно на поздних этапах развития заболевания [2]. Понятие «эмоциональный интеллект» (ЭИ), описывающее способность к восприятию, пониманию и регуляции эмоций и социальных условностей [11], позволяет операционализировать этот дефицит в рамках нашего исследования. Понятие «эмоциональный интеллект» дает возможность оценить уровень необходимых навыков и способностей, задействованных в разностороннем процессе эмоционального взаимодействия с внешним миром. В исследовании использована модель эмоционального интеллекта Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо (1997). Данная модель рассматривает эмоциональный интеллект как набор способностей, измеряемых с помощью тестовых заданий с правильными и неправильными ответами.

Депрессивные расстройства как нарушения эмоционально-волевой сферы распространены при шизофрении в 25-54% случаев, а их распространенность на продромальном этапе, в острой фазе и ремиссии заболевания говорит о депрессии как одном из осевых расстройств [4]. Эмпирические исследования обнаруживают значимую связь между депрессивной симптоматикой и улучшением осознания болезни у пациентов с шизофренией [13]. Однако выраженность этой связи у пациентов с различной длительностью течения шизофрении остается неизученной.

Нами было выдвинуто предположение о том, что существуют различия в характере связей между уровнем инсайта и факторами эмоционально-волевой сферы у больных с первичной госпитализацией и повторными госпитализациями по поводу обострения параноидной шизофрении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в психиатрической больнице №14 города Москвы. Согласие на участие в обследовании дали 62 пациента с установленным диагнозом параноидная шизофрения, приступообразное течение. Пациенты сформировали две группы согласно критерию срока течения болезни.

Тридцать пациентов были включены в группу с первичной госпитализацией. Во вторую группу вошли тридцать два пациента с повторными госпитализациями (не менее 3 госпитализаций по поводу обострения параноидной шизофрении за последние 5 лет). Испытуемые характеризовались преимущественно бредево-галлюцинаторной симптоматикой, с элементами эмоционально-волевых и когнитивных нарушений. На момент исследования все испытуемые (N=62) находились на стационарном лечении, их психическое состояние характеризовалось редуцированной психотической симптоматикой в рамках становления ремиссии при отсутствии выраженного когнитивного дефекта. В группе пациентов с первичной госпитализацией средний возраст испытуемых составлял 29,7 лет (SD=10,26); средний уровень образования (кол-во лет) – 13,6 (SD=1,84); количество госпитализаций – 1 (SD=0,0). В группе пациентов с повторными госпитализациями средний возраст испытуемых составлял 38,7 лет (SD=10,00); средний уровень образования (кол-во лет) – 12,6 (SD=3,11); количество госпитализаций – 5,72 (SD=3,00).

Для комплексной оценки осознания психической болезни у пациентов с шизофренией использована методика «Шкала нарушения осознания психического расстройства» (ШНОПР) [1]. Методика является переводом англоязычной шкалы «The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder» (SUMD)[6], произведенным с разрешения авторов.

Оценка осознания психического расстройства проводится по семи основным

аспектам и 3 параметрам инсайта, посредством присуждения ответам пациентов от 1 до 5 баллов по интервальной шкале.

В соответствии с подходом к изучению болезни как биопсихосоциальной системы, каждый аспект методики характеризует отдельные элементы этой системы по параметрам, которым соответствуют определенные моменты психического отражения. Другими словами, аспекты - это отдельные элементы внешней реальности болезни, а параметры – это внутренние характеристики репрезентации внешней реальности болезни. В качестве аспектов представлены следующие элементы системы осознания психической болезни:

«Осознание» – степень признания реальности факта наличия психической болезни, ее проявлений и последствий.

«Понимание причин» – понимание причинно-следственных связей между психической болезнью пациента и окружающей реальностью, его индивидуальной деятельностью в мире и его внутренним состоянием.

«Восприятие окружающих» – понимание пациентом восприятия психической болезни окружающими, т.е. восприятие психической болезни в системе отношений общества, в общественном сознании.

Для изучения эмоционального интеллекта использовалась методика MSCEIT, V.2.0 [10], адаптированная и апробированная Е.А. Сергиенко и И.И. Ветровой на базе Института психологии РАН в 2008 году [3].

Для исследования выраженности депрессивных симптомов использовался «Опросник депрессивности Бека» (ОДБ) [8], адаптированный в 1997 году Н.В. Тарабриной [5].

Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью компьютерной программы SPSS v. 14 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование эмоционального интеллекта с помощью методики «The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test» (MSCEIT) выявило статистически значимое различие между группами первичных и хронических пациентов по общему баллу эмоционального интеллекта ($U=252,0$; $p<0,038$), а также веткам «Понимание и анализ эмоций» ($U=233,0$; $p<0,016$) и «Сознательное управление эмоциями» ($U=219,5$; $p<0,009$). Другими словами, пациенты на начальном этапе заболевания значительно превосходят пациентов на хроническом этапе заболевания по общему показателю эмоционального интеллекта; способности к пониманию эмоционального языка и отношений/взаимосвязей в структуре собственных эмоций и эмоций окружающих; а также способности к регуляции собственных и чужих эмоций в поведении. Средние значения по шкалам методики MSCEIT в группах пациентов с первичной и повторными госпитализациями, соответственно, в баллах \pm SD:

- Общий балл ЭИ = $50,6 \pm 3,8 / 47,9 \pm 5,8$;
- Восприятие и оценка эмоций = $19,4 \pm 2,7 / 18,5 \pm 3,7$;
- Использование эмоций = $10,7 \pm 1,3 / 10,5 \pm 1,2$;
- Понимание и анализ эмоций = $12,2 \pm 1,6 / 11,3 \pm 1,7$;
- Сознательное управление эмоциями = $8,1 \pm 0,93 / 7,5 \pm 0,96$.

Межгрупповое сравнение общего показателя депрессивной симптоматики по методике «Опросник депрессивности Бека» (ОДБ) позволило установить статистически значимое различие между группами первичных пациентов и пациентов с хроническим течением заболевания ($U=137,5$; $p<0,024$). Выраженность депрессивной симптоматики у пациентов на хроническом этапе заболевания ($M=19,5$; $SD=10,21$) достоверно выше в сравнении с первичными пациентами ($M=12,4$; $SD=11,7$). Величина показателей методики ОДБ свидетельствует об умеренной степени выраженности депрессивных переживаний у пациентов обеих групп. Вместе с тем, среди пациентов с хроническим течением заболевания наблюдается тенденция к усилению депрессивной симптоматики до тяжелой степени выраженности (ОДБ > 20 баллов).

Корреляционный анализ данных исследования, проведенный с использованием непараметрического статистического метода коэффициента корреляции Спирмена (R), позволяет выделить следующие результаты:

1. Уровень эмоционального интеллекта демонстрирует статистическую связь с социально-демографическими характеристиками возраста и количества госпитализаций в обеих группах. Способность к пониманию и анализу эмоций ухудшается с возрастом ($R=-0,365$; $p<0,006$) и большим количеством госпитализаций ($R=-0,362$; $p<0,007$). Способность к сознательной регуляции и управлению эмоциями также ухудшается с увеличением количества госпитализаций ($R=-0,366$; $p<0,006$). Таким образом, можно предполагать наличие связи возраста и длительности течения шизофрении с уровнем эмоционального интеллекта по веткам «Понимание и анализ эмоций» и «Сознательное управление эмоциями».

2. Выраженность депрессивной симптоматики не демонстрирует статистической связи с социально-демографическими характеристиками возраста, пола, уровня образования и количества госпитализаций в обеих группах. Следовательно, развитие депрессии у пациентов с шизофренией происходит независимо от социально-демографических факторов.

Результаты корреляционного анализа связи инсайта и характеристик эмоционально-волевой сферы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа

	Гр.	Общий ЭИ	ВиО	И	ПиА	СУ	ОДБ
Осознание ПР	1			-0,56**		-0,45*	-0,54**
	2	-0,51**		-0,54**	-0,49**		
Понимание причин ПР	1						-0,49*
	2						
Восприятие окружающих ПР	1				-0,59**	-0,59**	
	2	-0,46*	-0,37*		-0,40*		
Осознание НЛ	1				-0,72**		
	2				-0,39*		
Понимание причин НЛ	1				-0,46*		-0,42*
	2						
Восприятие окружающих НЛ	1				-0,66**		-0,57**
	2	-0,50**	-0,41*		-0,49**		
Осознание ЭМ	1						
	2				-0,56**		
Понимание причин ЭМ	1						
	2						
Восприятие окружающих ЭМ	1				-0,61**		
	2				-0,57**		
Осознание СП	1	-0,48*	-0,56**	-0,67**			-0,47*
	2						
Понимание причин СП	1	-0,43*	-0,56**	-0,71**			
	2						
Восприятие окружающих СП	1		-0,43*	-0,65**			
	2				-0,45*		

* – корреляция значима при $p<0,05$; ** – корреляция значима при $p<0,01$

Аспект «Симптомы заболевания» не представлен в таблице, так как не обнаруживает связи с уровнем эмоционального интеллекта и уровнем депрессии в обеих группах. Сокращения, используемые в таблице: Аспекты методики ШНОПР, «ПР» – «Наличие психического расстройства»; «НЛ» – «Необходимость лечения»; «ЭМ» – «Эффект медикаментов»; «СП» – «Социальные последствия болезни». Группа 1 – пациенты с первичной госпитализацией; Группа 2 – пациенты с повторными госпитализациями.

зациями. Параметры методики MSCEIT, «Общий ЭИ» – общий балл эмоционального интеллекта; «ВиО» – шкала восприятия и оценки эмоций; «И» – шкала использования эмоций; «ПиА» – шкала понимание и анализ эмоций; «СУ» – шкала сознательное управление эмоциями; Показатель методики ОДБ, «ОДБ» – общий балл методики ОДБ.

Обобщение результатов корреляционного анализа связи уровня инсайта и эмоционального интеллекта в обеих группах позволяет обозначить важную роль ветки «Понимание и анализ эмоций» в развитии осознания психической болезни. Способность к пониманию и анализу эмоций тесно связана с адекватным пониманием и использованием эмоционального языка, что обеспечивает доступ к культурному опыту, содержащемуся в понятиях. Можно предположить, что формирование инсайта по параметру «восприятие окружающих» связано с нарушением понимания культурных понятий как языковой формы эмоций.

Результаты данного исследования дополняют и уточняют выводы существующих исследований связи высокого уровня инсайта и депрессивных нарушений аффективного спектра: прямая связь депрессивных симптомов и уровня инсайта обнаруживается только на начальном этапе заболевания у пациентов с первичной госпитализацией. Точнее, связь депрессивных переживаний и уровня инсайта проявляется при осознании и осмыслении конкретных, социально-значимых объектов внешней реальности болезни, а именно, факта наличия хронической психической болезни, необходимости (стационарного) лечения и социальных последствий болезни. Это может быть обусловлено сравнительно молодым возрастом первичных пациентов, в котором ведущей деятельностью является социально-межличностное взаимодействие в обществе.

У пациентов с повторными госпитализациями, несмотря на более выраженную степень депрессивной симптоматики и более высокий уровень инсайта по сравнению с первичными пациентами, такой связи не обнаружено. Отсутствие связи депрессии и инсайта на хроническом этапе шизофрении можно объяснить специфическими изменениями личности больных. Изменения личности по «шизофреническому» типу приводят к обеднению потребностей и мотивов, уплощению эмоционально-волевой сферы и ослаблению регуляторной функции эмоций, которая проявляется, в частности, как депрессивные переживания эндогенного характера.

ВЫВОДЫ

1. Осознание психической болезни у больных шизофренией является сложным, многофакторным феноменом, характеризующимся многочисленными связями с особенностями эмоционально-волевой сферы.

2. Связь показателей осознания психической болезни и эмоционально-волевой сферы у пациентов с параноидной шизофренией отличается в зависимости от длительности заболевания.

3. Связь между уровнем осознания психической болезни и эмоциональным интеллектом имеет стабильный характер у больных параноидной шизофренией с первичной госпитализацией и множественными госпитализациями. Наиболее выраженная связь осознания психической болезни обнаружена со способностью к пониманию эмоций в языковой форме и использованию социального эмоционального опыта.

4. Связь между уровнем осознания психической болезни и депрессивными симптомами у больных с первичной госпитализацией и множественными госпитализациями по поводу обострения параноидной шизофрении носит различный характер:

- а. Корреляционная связь уровня осознания болезни и депрессивной симптоматики выражена у больных с первичной госпитализацией и проявляется при осознании социально-значимых объектов внешней реальности болезни, а именно, факта наличия хронической психической болезни, необходимости (стационарного) лечения и социальных последствий болезни.

- б. У пациентов с множественными госпитализациями по поводу обострения параноидной шизофрении связь уровня осознания болезни и депрессивных переживаний отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иржевская, В.П. Методика исследования осознания психической болезни у пациентов с психической патологией различной степени тяжести / В.П. Иржевская [б.и.] // Культура и патология : (материалы рабочей группы «Влияние современных технологий на динамику границ нормы и патологии») : сб. науч. ст. Вып. 4. – М., 2007. – С. 9-13.
2. Морозова, М.А. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении / М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили // Психиатрия и психофармакология. – 2008. – Т. 10. – № 2. – С. 4-12.
3. Сергиенко, Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект : модель, структура теста (MSCEIT V2.0), русскоязычная адаптация / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова. – М. : ИП РАН, 2008. – 20 с.
4. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М. : МИА, 2007. – 432 с.
5. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 268 с. – (Серия "Практикум по психологии").
6. Amador, X.F. The assessment of insight in psychosis / X.F. Amador [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 1993. – V. 150. – P. 873-79.
7. Amador, X.F. The description and meaning of insight in psychosis / X.F. Amador, H. Kronengold // Insight and Psychosis / X.F. Amador & A.S. David (Eds.). – New York : Oxford University Press, 1998. – P. 15-32.
8. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh // Archives of General Psychiatry. – 1961. – V. 4. – P. 561-71.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). – 4th edition, text revision. – Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc., 2000. – XX p.
10. Mayer, J. D. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence. Intelligence Test (MSCEIT) User's Manual. Toronto / J.D. Mayer, P. Salovey, D.R. Caruso. – Canada : MHS Publishers, 2002. – 120 p.
11. Mayer, J.D. What is emotional intelligence? / J.D. Mayer, P. Salovey // Emotional development and emotional Intelligence : Educational Implications / P. Salovey & D. Sluyter (Eds.). – New York : Perseus Books Group, 1997. – P. 3-31.
12. McEvoy, J.P. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients / J.P. McEvoy [et al.] // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1989. – V. 177. – P. 48-51.
13. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception / O. Moore, E. Cassidy, A. Carr, O'Callaghan // European Psychiatry. – 1991. – V. 14 (5). – P. 264-9.
14. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva : WHO, 1993. – 267 p.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО ДЕВИАНТНОГО СИНДРОМА АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗА

*Евгений Анатольевич Кобзев, доцент,
Магнитогорский государственный университет (МаГУ)*

Аннотация

В статье рассматривается понятие общего девиантного синдрома адаптации личности. Обосновывается присутствие указанного синдрома у студенческой выборки. Представлены результаты исследования признаков общего девиантного синдрома личности студентов, обучающихся на различных факультетах государственного университета г. Магнитогорска.