

Критичность к болезни при шизофрении: диагностика и инсайт-ориентированная психотерапия

О. И. Осокина¹, Б. Б. Ивнев², Г. Г. Путятин¹, С. Г. Ушенин¹, Е. М. Денисов¹

¹Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина, ² ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», Украина

Феномен нарушения осознания пациентами своей болезни («критичность к болезни», или «инсайт») – патогномичный диагностический критерий, отличающий шизофрению от многих других психических расстройств. Более половины пациентов с шизофренией не осознают свою болезнь, что затрудняет их лечение. Диагностика инсайта при шизофрении является важным направлением, от которого зависит объем и содержание реабилитационных программ.

Цель работы – изучить структуру инсайта у больных шизофренией, его взаимосвязь с некоторыми клиническими и социально-психологическими показателями и воздействие инсайт-ориентированной психотерапии на исходы шизофрении.

Материалы и методы. Обследовали 237 пациентов с шизофренией: 139 (58,6 %) мужчин и 98 (41,4 %) женщин в возрасте 18–35 лет. Пациенты основной группы (122 человека) получали фармакотерапию и были включены в программу инсайт-ориентированной психотерапии. Пациенты группы сравнения (115 человек) получали стандартное лечение. Уровень инсайта определяли при помощи шкалы нарушения осознания психического расстройства (SUMD). Для изучения социальных показателей использовали шкалу социального функционирования в различных сферах В. В. Зайцева (1999), краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) и адаптированный вариант шкалы самостигматизации (SSMIS). Исходы шизофрении оценивали при помощи шкал IMR и RMQ. Уровень когнитивного функционирования оценивали по шкале GACF-CogFu, выраженность депрессии – по шкале А. Т. Бека (BDI), механизмы психологической защиты – по шкале R. Plutchik, H. Kellerman (1979). Выполняли математическую обработку результатов.

Результаты. Установлена зависимость между более высоким уровнем осознания пациентами болезни и лучшим ее прогнозом ($r = -0,507$; $p < 0,05$), более высоким уровнем социального функционирования ($r = 0,478$; $p < 0,05$), качества жизни ($r = -0,311$; $p < 0,05$), когнитивного функционирования ($r = -0,508$; $p < 0,05$) и более низкой напряженностью защитных психологических механизмов ($r = -0,401$; $p < 0,05$). Установлено различное прогностическое значение отдельных сторон инсайта: высокая степень осознания пациентами симптомов болезни ($r = -0,318$; $p < 0,05$), необходимости лечения ($r = -0,603$; $p < 0,05$), эффекта от медикаментов ($r = -0,312$; $p < 0,05$); низкий уровень осознания того, как окружающие люди воспринимают болезнь ($r = 0,527$; $p < 0,05$) и ее социальные последствия ($r = 0,419$; $p < 0,05$) – положительно соотносится с успешным прогнозом болезни. Наибольшую связь с риском появления депрессивной симптоматики и самостигматизации имели такие аспекты инсайта: осознание факта наличия психической болезни ($r = -0,365$ и $r = -0,525$ соответственно) и восприятие его окружающими ($r = -0,654$ и $r = -0,417$; $p < 0,05$), осознание формулировки диагноза ($r = -0,312$ и $r = -0,45$), социальных последствий заболевания ($r = -0,3$ и $r = -0,621$; $p < 0,05$) и их восприятие окружающими ($r = -0,531$ и $r = -0,576$; $p < 0,05$).

Выводы. Инсайт-ориентированная психотерапия доказала свою эффективность в терапии больных шизофренией. Целесообразно повышать осознание пациентами симптомов болезни, их причин, необходимости лечения и эффективности медикаментов, в то же время оставлять интактными те аспекты инсайта, которые повышают риск появления депрессии, психологического дистресса и самостигматизации.

Ключевые слова:

инсайт, шизофрения, инсайт-ориентированная психотерапия.

Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 3(108). – С. 397–403

DOI: 10.14739/2310-1210.2018.3.130551

E-mail: oosokina@ukr.net, ivnyevbb@gmail.com

Критичність до хвороби при шизофренії: діагностика та інсайт-орієнтована психотерапія

О. І. Осокіна, Б. Б. Івнев, Г. Г. Путятін, С. Г. Ушенин, Є. М. Денисов

Феномен порушення усвідомлення пацієнтами своєї хвороби («критичність до хвороби», або «інсайт») – патогномічний діагностичний критерій, котрий відрізняє шизофренію від багатьох інших психічних розладів. Більшість пацієнтів із шизофренією не усвідомлюють свою хворобу, що ускладнює їхнє лікування. Діагностика інсайту при шизофренії – важливий напрям, від якого залежить обсяг і зміст реабілітаційних програм.

Мета роботи – вивчити структуру інсайту у хворих на шизофренію, його взаємозв'язки з деякими клінічними, соціально-психологічними показниками та вплив інсайт-орієнтованої психотерапії на наслідки шизофренії.

Матеріали та методи. Обстежили 237 пацієнтів із шизофренією: 139 (58,6 %) чоловіків і 98 (41,4 %) жінок віком 18–35 років. Пацієнти основної групи (122 особи) отримували фармакотерапію та були включені у програму інсайт-орієнтованої психотерапії. Пацієнти групи порівняння (115 осіб) отримували стандартне лікування. Рівень інсайту визначили за допомогою шкали порушення усвідомлення психічного розладу (SUMD). Для вивчення соціальних показників використовували шкалу соціального функціонування в різних галузях В. В. Зайцева (1999), короткий опитувальник ВООЗ для оцінювання якості життя (WHOQOL-BREF) та адаптований варіант шкали самостигматизації (SSMIS). Наслідки шизофренії оцінювали за допомогою шкал IMR і RMQ. Рівень когнітивного функціонування визначали за шкалою GACF-CogFu, вираженість депресії – за шкалою А. Т. Бека (BDI), механізми психологічного захисту – за шкалою R. Plutchik, H. Kellerman (1979). Виконали математичне опрацювання результатів.

Результати. Визначили залежність між вищим ступенем усвідомлення пацієнтами хвороби та кращим її прогнозом ($r = -0,507$; $p < 0,05$), вищим рівнем соціального функціонування ($r = 0,478$), якості життя ($r = -0,311$; $p < 0,05$), когнітивного

Ключові слова:

інсайт, шизофренія, інсайт-орієнтована психотерапія.

Запорожський медичний журнал. – 2018. – Т. 20, № 3(108). – С. 397–403

функціонування ($r = -0,508$; $p < 0,05$) з меншою напруженістю захисних психологічних механізмів ($r = -0,401$; $p < 0,05$). Встановили неоднакове прогностичне значення окремих сторін інсайту: високий ступінь усвідомлення симптомів хвороби ($r = -0,318$; $p < 0,05$), необхідності лікування ($r = -0,603$; $p < 0,05$), ефекту від медикаментів ($r = -0,312$; $p < 0,05$); низький ступінь усвідомлення того, як оточення сприймає хворобу ($r = 0,527$; $p < 0,05$) та її соціальні наслідки ($r = 0,419$; $p < 0,05$) – позитивно співвідносяться з успішним прогнозом хвороби. Найбільший зв'язок із ризиком депресивної симптоматики й самостигматизації мали такі аспекти інсайту: усвідомлення факту наявності психічного розладу ($r = -0,365$ і $r = -0,525$ відповідно; $p < 0,05$) і сприйняття його оточенням ($r = -0,654$ і $r = -0,417$; $p < 0,05$), усвідомлення формулювання діагнозу ($r = -0,312$ і $r = -0,45$; $p < 0,05$), соціальних наслідків захворювання ($r = -0,3$ і $r = -0,621$; $p < 0,05$) та їхнє сприйняття оточенням ($r = -0,531$ і $r = -0,576$; $p < 0,05$).

Висновки. Інсайт-орієнтована психотерапія довела свою ефективність у терапії хворих на шизофренію. Доцільно підвищувати усвідомлення пацієнтами симптомів хвороби, їхніх причин, необхідності лікування та ефективності медикаментів, водночас залишати інтактними ті аспекти інсайту, що підвищують ризик появи депресії, психологічного дистресу й самостигматизації.

Key words:

insight,
schizophrenia,
psychotherapy.

Zaporozhye
medical journal
2018; 20 (3), 397–403

Unawareness of the disease in patients with schizophrenia: diagnosis and insight-oriented psychotherapy

O. I. Osokina, B. B. Ivnyev, G. G. Putyatin, S. G. Ushenin, Ye. M. Denisov

Relevance. Phenomenon of patients' unawareness of their illness (insight) is a pathognomonic diagnostic criterion that distinguishes schizophrenia from many other psychiatric disorders. More than half of patients with schizophrenia do not realize their illness that makes their treatment more difficult. Diagnosis of insight in patients with schizophrenia is an important issue. The volume and content of rehabilitation programs depends on it.

The purpose of research is to study the structure of insight in patients with schizophrenia, its relationship with certain clinical, social and psychological indicators, and to assess the influence of insight-oriented psychotherapy on the outcomes of schizophrenia.

Material and methods. 237 patients with schizophrenia were studied: 139 (58.6 %) men and 98 (41.4 %) women aged 18-35 years. Patients of the main group (122 people) received pharmacotherapy and were included in the program of insight-oriented psychotherapy. Patients of the comparison group (115 people) received standard treatment. Measurement of the insight level was carried out using the scale of unawareness of mental disorder (SUMD). To study social indicators the scale of social functioning in various spheres was used (Zaitsev, 1999). The quality of life level and social stigma were measured by WHOQOL-BREF and adapted version of the self-stigmatization scale (SSMIS). Evaluation of outcomes in schizophrenia was carried out using the IMR and RMQ scales. The level of cognitive functioning was assessed by the GACF-CogFu scale. The severity of depression was measured by the scale developed by Beck (BDI). The mechanisms of psychological defense were assessed using the scale of R. Plutchik, H. Kellerman (1979). Mathematical processing of the results was also carried out.

Results. Correlations were found between a higher level of patient awareness of the disease and its better prognosis ($r = -0.507$; $P < 0.05$), a higher level of social functioning ($r = 0.478$; $P < 0.05$), quality of life ($r = -0.311$; $P < 0.05$), cognitive functioning ($r = -0.508$; $P < 0.05$) and a lower intensity of defensive psychological mechanisms ($r = -0.401$; $P < 0.05$). A different predictive value of some insight components was found. There were detected correlations between a successful disease prognosis and a high degree of patient awareness of the disease symptoms ($r = -0.318$; $P < 0.05$), the need for treatment ($r = -0.603$; $P < 0.05$), the drug effect ($r = -0.312$; $P < 0.05$) and a low awareness level of how people perceive the patient's illness ($r = 0.527$; $P < 0.05$) and its social consequences ($r = 0.419$; $P < 0.05$). The highest association with the risk of depressive symptoms and self-stigmatization had the following insight components: awareness of the mental illness presence ($r = -0.365$ and $r = -0.525$, respectively; $P < 0.05$) and perception by others ($r = -0.654$ and $r = -0.417$; $P < 0.05$), awareness of the diagnosis ($r = -0.312$ and $r = -0.45$; $P < 0.05$), social consequences of the disease ($r = -0.3$ and $r = -0.621$; $P < 0.05$) and their perception by others ($r = -0.531$ and $r = -0.576$; $P < 0.05$).

Conclusions. Insight-oriented psychotherapy has proven effective in patients with schizophrenia treatment. It is reasonable to increase the patients' awareness of the disease symptoms, their causes, the need for treatment and the effectiveness of medicines, while leaving intact those aspects of insight that increase the risk of depression, psychological distress and self-stigmatization.

В современной научной литературе и клинической практике при диагностике шизофрении внимание уделяется феномену нарушения осознания пациентами своей болезни (в отечественной литературе этот термин обозначается как «критичность» [1], в зарубежной – «инсайт» [2,3]), который является патогномичным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим шизофрению от многих других психических расстройств. От 30 % до 97 % пациентов с шизофренией не осознают свою болезнь, что затрудняет их лечение [4,5]. Установлено, что 30–50 % пациентов полностью отказываются от лечения после госпитализации или

принимают медикаменты в сниженных дозах [6]. Около 55 % больных нарушают режим приема медикаментов через 3 месяца после выписки из стационара. Процент пациентов с шизофренией, «выпавших» из амбулаторного наблюдения, доходит до 50 % [7,8].

Клиническая практика сталкивается с методологической неразработанностью и недифференцированностью понятия «критичность». Современное состояние проблемы осознания психической болезни при шизофрении характеризуется разрозненностью и противоречивостью накопленных эмпирических данных в рамках различных научных направлений и теорий.

Важное практическое значение имеет методологически грамотная диагностика инсайта, а также качественное проведение психокоррекционных мероприятий [9]. Исследование уровня инсайта у больных шизофренией – необходимое и перспективное направление в связи с зависимостью от выраженности данного феномена объема и содержания реабилитационных программ, а также прогностическим его значением [10].

Цель работы

Изучение структуры инсайта у больных шизофренией, его взаимосвязи с показателями клинического и социально-психологического восстановления пациентов и воздействие инсайт-ориентированной психотерапии на исходы шизофрении.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 237 пациентов с шизофренией или психозами шизофренического спектра (далее – шизофрения), поступивших впервые в жизни в учреждения психиатрического профиля. Среди пациентов было 139 (58,6 %) мужчин и 98 (41,4 %) женщин в возрасте 18–35 лет.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов сформировали 2 группы. Пациенты основной группы (122 человека) получали медикаментозное лечение и были включены в разработанную авторами программу инсайт-ориентированной психотерапии (ИОПТ). Пациенты группы сравнения (115 человек) получали стандартное лечение в соответствии с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи для данного контингента больных.

Распределение больных по ведущему синдрому: параноидный – 91 (38,4 %) пациент, синдром психического автоматизма – 73 (30,8 %), кататонический – 5 (2,1 %), аффективно-бредовый – 68 (28,7 %).

Распределение больных по диагностическим категориям (в соответствии с МКБ-10): шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 63 (26,6 %) пациента, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 (2,1 %), шизоаффективное расстройство (F25) – 65 (27,4 %), острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 19 (8,0 %), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 71 (30,0 %), острое преимущественно бредовое психотическое расстройство (F23.3) – 14 (5,9 %).

Все пациенты получали медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами. Предпочтение отдавали атипичным антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование и лучшую переносимость по сравнению с типичными нейролептиками.

Для измерения уровня инсайта у больных шизофренией использована шкала SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), адаптированная В. П. Иржевской (2009) [11, 12]. Каждую из шкал оценивали по таким параметрам: 1) «осознание» (степень признания реальности факта наличия психической болезни, ее проявлений и последствий); 2) «понимание причин» (осознание причинных связей между психической бо-

лезнью пациента и реальностью окружающего его мира, его индивидуальной деятельностью в мире и его самого; 3) «восприятие окружающих» (оценка осознания пациентом восприятия психической болезни окружающими людьми, т. е. восприятие психической болезни в системе отношений общества). Общий средний балл по шкале SUMD от 1,0 до 1,9 свидетельствовал о полном осознании болезни; от 2,0 до 3,9 – о частичном; от 4,0 до 5,0 – о нарушенном инсайте. Исследование объективного и субъективного показателей исходов шизофрении проводили при помощи шкал IMR (Illness Management and Recovery) и RMQ (Recovery Markers Questionnaire) [13]. Для изучения социальных показателей использовали шкалу социального функционирования (СФ) в различных сферах В. В. Зайцева (1999) [14], краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (КЖ) – WHOQOL-BREF (The World health organization Quality of Life, WHO, 1996) и адаптированную шкалу самостигматизации SSMIS (The Self-Stigma of Mental Illness Scale) [15]. Уровень когнитивного функционирования (КФ) оценивали по шкале GACF-CogFu (Global Assessment of Cognition Function, 2004) [16], уровень депрессии – по шкале А. Т. Бека BDI (Beck Depression Inventory), напряженность механизмов психологической защиты (МПЗ) – по шкале R. Plutchik, H. Kellerman (1979).

Математическую обработку результатов выполнили в статистическом пакете «Statistica 5.0». При оценке количественных признаков рассчитывали среднее арифметическое значение показателя (\bar{X}) и среднеквадратическую ошибку среднего (m). Для качественных признаков рассчитывали частоту встречаемости признака (%) и стандартную ошибку ($m\%$). При сравнении частоты встречаемости качественных признаков использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Различия между сравниваемыми показателями считали статистически значимыми при критическом уровне значимости $p = 0,05$. Линейную связь между признаками устанавливали методом проведения корреляционного анализа. В случае отличия распределения от нормального использовали показатель ранговой корреляции Спирмена r . В случае, когда расчетное значение коэффициента корреляции отличалось от 0 на уровне значимости $p \leq 0,05$, принимали гипотезу о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи.

Результаты и их обсуждение

В соответствии со шкалой SUMD осознание пациентами своего заболевания оценивали по 7 основным шкалам и 3 параметрам осознания болезни посредством присуждения ответам пациента от 1 до 5 баллов по интервальной шкале. Высокие значения по шкалам указывали на выраженное нарушение осознания болезни, а низкие значения свидетельствовали о наличии критического отношения пациента к своему заболеванию.

Методика включала шкалы: 1) шкала «наличие психического расстройства» характеризовала обобщенное представление о наличии психической болезни; 2) по шкале «симптомы психического расстройства» рассматривали репрезентацию обусловленных болезнью ощущений и состояний; 3) шкала «необходимость лечения» отражала мотивационные особенности

Таблица 1. Динамика общего показателя инсайта по шкале SUMD у больных шизофренией в исследуемых группах

Группы	Первичное исследование	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 2 года	p
Основная	3,42 ± 0,07	1,83 ± 0,06* ^s	1,77 ± 0,06* ^s	1,67 ± 0,06* ^s	p ¹ < 0,001; p ² < 0,001; p ³ < 0,001
Сравнения	3,81 ± 0,08	3,66 ± 0,08 ^s	3,59 ± 0,08 ^s	3,57 ± 0,09 ^s	p ¹ > 0,05; p ² > 0,05; p ³ > 0,05
p	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

p: уровень значимости различий; *: отличие от показателей при первичном исследовании статистически значимо в основной группе (p < 0,05); ^s: отличие показателей между группами в соответствующий период времени статистически значимо (p < 0,05); p¹: отличие от показателей при первичном исследовании и через 6 месяцев; p²: отличие от показателей при первичном исследовании и через 1 год; p³: отличие от показателей при первичном исследовании и через 2 года; цифровые значения приведены в баллах.

позиции пациента по отношению к болезни; 4) шкала «эффект медикаментов» характеризовала особенности представления больного о динамике своего психического состояния; 5) шкала «социальные последствия болезни» характеризовала степень принятия и адекватность перестройки преморбидной мотивационной структуры у больных; 6) шкала «название психического расстройства» описывала особенности формализации представления о болезни в названии заболевания; 7) шкала «определение психического расстройства» характеризовала целостность восприятия психического расстройства как группы разнообразных психопатологических симптомов.

Качество инсайта определяли посредством количественной оценки степени убежденности пациента в собственных представлениях о болезни. Полное осознание (1 балл) характеризовало адекватную и устойчивую репрезентацию внешней картины болезни (пациент был полностью уверен в правильности собственных представлений, и они совпадали с объективной медико-социальной реальностью заболевания). Частичное осознание (3 балла) указывало на противоречивость и несформированность адекватной репрезентации внешней картины болезни (пациент проявляет неуверенность и отсутствие четких убеждений в отношении своего заболевания). Нарушенное осознание (5 баллов) свидетельствовало об искаженной репрезентации объективной реальности болезни.

У 72,1 % пациентов с шизофренией при первичном исследовании имел место низкий уровень инсайта. Сразу после купирования манифестного приступа болезни общий показатель инсайта в основной группе (3,42 ± 0,07 балла) статистически значимо (p > 0,05) не отличался от его значения в группе сравнения (3,81 ± 0,08 балла). Это делало возможным оценить эффективность ИОПТ, которую проводили в основной группе пациентов.

Авторы разработали когнитивную модель ИОПТ больных шизофренией [17], находящейся в психотическом состоянии, а также в период ремиссии. ИОПТ была направлена на психокоррекцию отдельных аспектов нарушенного инсайта и оптимизацию осознания болезни в целом. Согласно данной модели работа велась над осознанием только тех аспектов инсайта, которые способствовали лучшему социальному и клиническому прогнозу болезни. ИОПТ ставила ряд задач: 1) оптимизировать имеющиеся у пациента знания относительно факта наличия психического расстройства, его названия, причин и возможных социальных последствий; 2) повысить осознание пациентом актуальных психопатологических симптомов, составляющих клиническую картину его заболе-

вания, их отграничение от нормальной психической деятельности; 3) повысить осознание необходимости медикаментозного лечения и того, что назначенное медикаментозное лечение эффективно по отношению к симптомам психического расстройства; 4) осознание необходимости психотерапевтических вмешательств, направленных на установление неадаптивных МПЗ и оптимизацию стратегий преодоления имеющихся нарушений.

Динамика общего показателя инсайта по шкале SUMD у пациентов основной и сравниваемой групп представлена в *таблице 1*. Межгрупповой анализ показал различия (p < 0,05) показателя инсайта в периоды 6 месяцев, 1 и 2 года после манифестации болезни. У пациентов основной группы имела место отчетливая положительная динамика инсайта на протяжении двухлетнего периода, о чем свидетельствовало наличие статистически значимых различий (p < 0,001) данного показателя в сравнении с его первоначальными значениями. В группе сравнения такие различия отсутствовали (p > 0,05). Эти результаты подтверждали эффективность ИОПТ, которую проводили в основной группе пациентов.

Анализ корреляционных связей между различными структурными элементами инсайта (по шкале SUMD) и другими клиническими и социально-психологическими показателями у больных шизофренией представлен в *таблице 2*.

Показатель КФ, полученный по шкале GAF-CogFu, связан средней отрицательной корреляционной связью с нарушением таких аспектов инсайта, как осознание наличия психического расстройства (r = -0,403; p < 0,05), его симптомов (r = -0,453; p < 0,05) и причин их возникновения (r = -0,325; p < 0,05), осознание необходимости лечения (r = -0,413; p < 0,05), эффекта от приема медикаментов (r = -0,564; p < 0,05) и социальных последствий заболевания (r = -0,438; p < 0,05). То есть чем большим было осознание данных аспектов инсайта, тем лучшим было КФ у пациентов.

Также имели место средней степени выраженности положительные корреляционные связи между показателем функционирования пациентов в различных сферах социальной жизни и осознанием симптомов психического расстройства (r = 0,514; p < 0,05), пониманием их причин (r = 0,211; p < 0,05), необходимости лечения (r = 0,521; p < 0,05) и наличия эффекта от медикаментов (r = 0,449; p < 0,05).

Уровень КЖ, который оценили по методике WHOQOL-BREF, был выше при более высоких значениях показателей осознания необходимости лечения (r = -0,323; p < 0,05) и наличия эффекта от медикаментов (r = -0,412; p < 0,05), снижался при хорошем осознании

Таблица 2. Анализ зависимости структуры инсайта по шкале SUMD с некоторыми клиническими и социально-психологическими показателями у пациентов через 2 года после манифестации шизофрении

Шкалы SUMD	Показатель СФ (опросник В. В. Зайцева)	Показатель КЖ (WHOQOL-BREF)	Выраженность депрессии (шкала Бека BDI)	Уровень самостигматизации (SSMIS)	Напряженность МПЗ (шкала R. Plutchik и H. Kellerman)	Показатель КФ (GACF-CogFu)	Клиническая шкала – IMR	Самооценочный опросник – RMCQ	Общий показатель выздоровления
Осознание наличия психического расстройства			$r = -0,525$	$r = -0,365$	$r = -0,303$	$r = -0,403$			
Осознание восприятия психического расстройства окружающими			$r = -0,417$	$r = -0,654$	$r = -0,408$		$r = 0,447$	$r = 0,402$	$r = 0,527$
Осознание симптомов психического расстройства	$r = 0,514$					$r = -0,453$		$r = -0,319$	$r = -0,318$
Понимание причин симптомов	$r = 0,211$					$r = -0,325$			
Осознание необходимости лечения	$r = 0,521$	$r = -0,323$				$r = -0,413$	$r = -0,321$	$r = -0,561$	$r = -0,603$
Осознание наличия эффекта от медикаментов	$r = 0,449$	$r = -0,412$				$r = -0,564$	$r = -0,301$	$r = -0,466$	$r = -0,312$
Осознание социальных последствий заболевания			$r = -0,621$	$r = -0,3$	$r = -0,433$	$r = -0,438$			
Осознание восприятия социальных последствий заболевания окружающими		$r = 0,243$	$r = -0,576$	$r = -0,531$	$r = -0,541$		$r = 0,547$	$r = 0,521$	$r = 0,419$
Осознание диагноза психического расстройства		$r = 0,422$	$r = -0,45$	$r = -0,312$	$r = -0,313$				
Общий суммарный показатель инсайта	$r = 0,478$	$r = -0,311$			$r = -0,401$	$r = -0,508$	$r = -0,466$	$r = -0,519$	$r = -0,507$

приведены значения показателей ранговой корреляции Спирмена; представлены только достоверные корреляционные связи ($p < 0,05$).

восприятия социальных последствий заболевания ($r = 0,243$; $p < 0,05$) окружающими и осознании названия психического расстройства ($r = 0,422$; $p < 0,05$).

Выраженность депрессивной симптоматики у пациентов основной группы была больше при лучшем осознании наличия психического расстройства ($r = -0,525$; $p < 0,05$), его названия ($r = -0,45$; $p < 0,05$), восприятия болезни окружающими ($r = -0,417$; $p < 0,05$), понимании ее социальных последствий ($r = -0,621$; $p < 0,05$) и их восприятии окружающими ($r = -0,576$; $p < 0,05$).

Показатель самостигматизации, измеренный по шкале SSMIS, также был связан отрицательными корреляционными связями со многими аспектами инсайта: уровень самостигматизации достоверно увеличивался при более полном осознании пациентами факта наличия психического расстройства ($r = -0,365$; $p < 0,05$), своего диагноза ($r = -0,312$; $p < 0,05$), восприятия психического расстройства окружающими ($r = -0,654$; $p < 0,05$), осознания социальных последствий заболевания ($r = -0,3$; $p < 0,05$) и восприятия их окружающими людьми ($r = -0,531$; $p < 0,05$).

Анализируя связь между уровнем напряженности МПЗ и степенью нарушения осознания болезни, можно отметить достоверное увеличение напряженности МПЗ при хорошем осознании таких аспектов инсайта: диагноз психического расстройства ($r = -0,313$; $p < 0,05$), наличие психического расстройства ($r = -0,303$; $p < 0,05$) и его восприятие окружающими ($r = -0,408$; $p < 0,05$), социальные последствия заболевания ($r = -0,433$; $p < 0,05$) и восприятие их окружающими ($r = -0,541$; $p < 0,05$).

Показатели объективной и субъективной оценки исходов болезни (по методикам IMR и RMCQ) были достоверно выше при более полном осознании пациентами симптомов психического расстройства ($r = -0,318$; $p < 0,05$), необходимости лечения ($r = -0,603$; $p < 0,05$), наличия эффекта от медикаментов ($r = -0,312$; $p < 0,05$) и отсутствии осознания восприятия психического расстройства ($r = 0,527$) и социальных последствий болезни окружающими ($r = 0,419$; $p < 0,05$).

Таким образом, более высокий общий суммарный

показатель инсайта у больных шизофренией был достоверно связан с более высоким уровнем СФ ($r = 0,478$; $p < 0,05$), КЖ ($r = -0,311$; $p < 0,05$), КФ ($r = -0,508$; $p < 0,05$), показателями объективно оцениваемого исхода ($r = -0,466$; $p < 0,05$) и субъективной оценкой пациентами исхода болезни ($r = -0,519$; $p < 0,05$), а также с более низкой напряженностью МПЗ ($r = -0,401$; $p < 0,05$).

Исследование инсайта у больных шизофренией подтверждает его зависимость от состояния когнитивных функций (нейрокогнитивная теория инсайта), а также зависимость от уровня осознания различных аспектов инсайта таких социально-психологических характеристик, как СФ, КЖ, уровень самостигматизации, напряженность МПЗ и показатели исходов болезни.

Хорошее осознание факта наличия психического расстройства, его социальных последствий, формулировки диагноза, а также полное осознание восприятия психического расстройства и его социальных последствий окружающими людьми достоверно повышает риск появления депрессивной симптоматики. Эти факты подтверждают психологическую обусловленность нарушения инсайта (теория отрицания), которая связана с увеличением напряженности защитного механизма отрицания или вытеснения, позитивной переоценкой проблемы и частичной амнезией пациентами своего психического состояния.

Распределение больных основной группы в зависимости от уровня выраженности инсайта до и после проведения ИОПТ через полгода после психического приступа показало значительное увеличение удельного веса пациентов, имеющих частичное осознание болезни, – 89 (73,0 %) человек, полное осознание имело место у 22 (18,0 %), нарушенное – у 11 (9,0 %) больных. В сравниваемой группе 15 (13,0 %) больных попадали под критерии полного осознания болезни, частично осознавали свою болезнь 39 (33,9 %) человек, большая часть больных имела нарушенный инсайт – 61 (53,0 %) человек.

В основной группе через 1 и 2 года после манифестации болезни продолжали преобладать пациенты с

частичным инсайтом (81 (66,4 %) и 75 (61,5 %) больных соответственно), у 32 (26,2 %) человек через 1 год, у 39 (32,0 %) человек через 2 года после психотического приступа отмечено полное осознание аспектов инсайта; в меньшинстве (9 (7,4 %) человек через 1 год и 8 (6,6 %) человек через 2 года после приступа психоза) были пациенты, инсайт у которых оставался нарушенным.

Иная картина имела место в группе сравнения: через 6 месяцев, 1 год и 2 года после психотического приступа в группе преобладали пациенты с нарушенным инсайтом (61 (53,0 %), 48 (41,7 %) и 51 (44,3 %) человек соответственно). Значительно меньшим по сравнению с основной группой был удельный вес пациентов с частичным (39 (33,9 %), 44 (38,3 %) и 38 (33,0 %) человек) и полным (15 (13,0 %), 23 (20,0 %) и 26 (22,6 %) пациентов соответственно) инсайтом.

Выводы

1. Уровень критичности к своему заболеванию при шизофрении оказывает позитивное влияние на восстановление СФ и КЖ пациентов. Разработанная авторами когнитивная модель ИОПТ больных шизофренией с дифференцированным подходом к психокоррекции различных аспектов инсайта доказала свою эффективность. Наиболее предпочтительна коррекция тех его аспектов, которые не связаны с риском появления депрессивной симптоматики, выраженного дистресса и самостигматизации. В рамках ИОПТ целесообразно повышение осознания пациентами симптомов психического расстройства, их причин, необходимости лечения и наличия эффекта от медикаментов.

2. Полученные данные о структуре инсайта у больных шизофренией и его корреляционных связях с некоторыми клиническими и социально-психологическими показателями сформировали научный базис для разработки когнитивной модели ИОПТ, которая доказала свою эффективность и может быть использована в системе реабилитации больных шизофренией.

Перспективы дальнейших исследований. Изучение вопроса об объеме и длительности применения ИОПТ является приоритетным направлением дальнейших научных исследований.

Конфликт интересов: отсутствует.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Сведения об авторах:

Осокина О. И., д-р мед. наук, доцент, зав. каф. психиатрии, психотерапии, наркологии и мед. психологии, Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина.

Ивнев Б. Б., д-р мед. наук, профессор, ректор ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», Украина.

Путятин Г. Г., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, наркологии и мед. психологии, Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина.

Ушенін С. Г., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, наркологии и мед. психологии, Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина.

Денисов Е. М., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, наркологии и мед. психологии, Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина.

Відомості про авторів:

Осокіна О. І., д-р мед. наук, доцент, зав. каф. психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології, Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна.

Івнев Б. Б., д-р мед. наук, професор, ректор ПВНЗ «Київський медичний університет», Україна.

Путятін Г. Г., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології, Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна.

Ушенін С. Г., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології, Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна.

Денисов Є. М., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології, Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна.

Information about authors:

Osokina O. I., MD, PhD, DSc, Associate Professor, Head of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology, Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine. Ivnyev B. B., MD, PhD, DSc, Professor, Rector, PHEE "Kyiv Medical University", Ukraine.

Putyatin G. G., MD, PhD, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology, Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine.

Ushenin S. G., MD, PhD, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology, Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine.

Denisov Ye. M., MD, PhD, Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology, Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine.

Надійшла до редакції / Received: 21.02.2018

Після доопрацювання / Revised: 03.03.2018

Прийнято до друку / Accepted: 07.03.2018

Список литературы

- Лихолетова О.И. Инсайт при первом психотическом эпизоде шизофрении / О.И. Лихолетова // Актуальні питання сучасної медицини : міжнародна наукова конференція студентів і молодих вчених, присвячена 20-річчю медичного факультету Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна : зб. тез конф. – Харків, 2013. – С. 201–202.
- Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions / B. Joseph, J.C. Narayanaswamy, G. Venkatasubramanian // Indian J. Psychol. Med. – 2015. – Vol. 37(1). – P. 5–11.
- The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia / G. Konstantakopoulos, D. Ploumpidis, P. Oulis, et al. // Schizophr. Res. – 2014. – Vol. 152. – P. 217–222.
- Insight change in psychosis: Relationship with neurocognition, social cognition, clinical symptoms and phase of illness / P.J. Quee, L. van der Meer, L. Krabbendam, et al. // Acta Psychiatr. Scand. – 2014. – Vol. 129. – P. 126–133.
- Ekinici O. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia / O. Ekinici, A. Ekinici // Nord J. Psychiatry. – 2013. – Vol. 67. – P. 116–123.
- Инсайт и показатели клинического, социального и личностного выздоровления больных с манифестным приступом шизофрении / О.И. Осокина, Г.Г. Путятин, С.Г. Пырков и др. // Питання експериментальної та клінічної медицини : збірник статей. – 2014. – Вип. 18. – Т. 2. – С. 167–174.
- Крупченко Д.А. Клиническое значение осознания болезни при шизофрении / Д.А. Крупченко // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – №1(07). – С. 6–16.
- Insight in stable schizophrenia: Relations with psychopathology and cognition / C. Mingrone, P. Rocca, F. Castagna et al. // Compr. Psychiatry. – 2013. – Vol. 54. – P. 484–492.
- Абрамов В.А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Б.Б. Ивнев. – Донецк : Каштан, 2014. – 424 с.
- Осокина О.И. Шизофрения: анализ спектра психозов / О.И. Осокина. – Краматорск : Каштан, 2016. – 340 с.
- Харчук Е.В. Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни / Е.В. Харчук // Український медичний часопис. – 2013. – №3(95). – С. 157–159.

- [12] Иржевская В.П. Нарушение осознания психической болезни при шизофрении: дис. на соискание ученой степени к.психол.н. : 19.00.04 / В.П. Иржевская. – М., 2009. – 212 с.
- [13] Outcome Measures. Mental Health Services. County of San Diego // Health and Human Services Agency, 2009. – 12 p.
- [14] Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / В.В. Зайцев. – СПб., 1999. – 23 с.
- [15] Методичний комплекс оцінки екзистенційно-особистісного відновлення хворих з першим психотичним епізодом : методичні рекомендації / Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна та ін. – Донецьк, 2013. – 40 с.
- [16] Cognitive Functioning Scale: A Scale for Rating Functioning Related to Cognitive Impairment in Schizophrenia / L. Alphas, F. Rappard, G. Haig et al. // Pfizer, UCLA – 2004. – 16 p.
- [17] Інсайт-орієнтована психотерапія у хворих з першим психотичним епізодом: методичні рекомендації / Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна та ін. – Донецьк, 2013. – 24 с.
- [15] Maruta, N. O., Abramov, V. A., Osokina, O. I., Riapolova, T. L., Vygovska, O. M., & Studzinskii, O. H. (2013) *Metodychnyi kompleks otsinky ekzystentsiino-osobystisnoho vidnovlennia khvorykh z pershyim psykhotychnym epizodom [Methodical complex of estimation of existential-personal recovery of patients with the first psychotic episode]*. Donetsk. [in Ukrainian].
- [16] Alphas, L., Rappard, F., & Haig, G. (2004) Cognitive Functioning Scale: A Scale for Rating Functioning Related to Cognitive Impairment in Schizophrenia. Pfizer, UCLA.
- [17] Maruta, N. O., Abramov, V. A., Osokina, O. I., Holodenko, O. M., Denisov, E. M., Studzinskii, O. G., & Maltapar, O. K. (2013) *Insait-orientovana psykhoterapiia u khvorykh z pershyim psykhotychnym epizodom [Insight-oriented psychotherapy in patients with the first psychotic episode]*. Donetsk. [in Ukrainian].

References

- [1] Likholetova, O. I. (2013). Insajt pri pervom psikhotosheskom e'pizode shizofrenii [Insight in patients with the first psychotic episode of schizophrenia. *Aktualni pytannia suchasnoi medytsyny*. Abstracts of Papers of the International scientific conference of students and young scientists dedicated to the 20th anniversary of the medical faculty of the Kharkiv National University named by V.N. Karazin. (pp. 201–202). Kharkiv. [in Russian].
- [2] Joseph, B., Narayanaswamy, J. C., & Venkatasubramanian, G. (2015) Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions. *Indian J. Psychol. Med.*, 37(1), 5–11. doi: 10.4103/0253-7176.150797.
- [3] Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, P., Patrikelis, P., Nikitopoulou, S., Papadimitriou, G. N., & Davidb, A. S. (2014) The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 152, 217–222. doi: 10.1016/j.schres.2013.11.022.
- [4] Quee, P. J., Van der Meer, L., Krabbendam, L., de Haan, L., Chan, W. Y., Wiersma, D., et al. (2014). Insight change in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition, clinical symptoms and phase of illness. *Acta psychiatrica scandinavica*, 129(2), 126–133. doi: 10.1111/acps.12138.
- [5] Ekinci, O., & Ekinci, A. (2013) Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J. Psychiatry*, 67, 116–123. doi: 10.3109/08039488.2012.687767.
- [6] Osokina, O. I., Putyatin, G. G., Pyrkov, S. G., Vygovskaya, E. M., Golodenko, O. N., & Mangush, T. N. (2014) Insajt i pokazateli klinicheskogo, social'nogo i lichnostnogo vyzdorovleniya bol'nykh s manifestnym pristupom shizofrenii [Insight and indicators of clinical, social and personal recovery of patients with a manifestation of schizophrenia]. *Pytannia eksperimentalnoi ta klinichnoi medytsyny*, 18(2), 167–174. [in Russian].
- [7] Krupchenko, D. A. (2012) Klinicheskoe znachenie osoznaniya bolezni pri shizofrenii [Clinical significance of awareness of the disease in schizophrenia]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 1(07), 6–16. [in Russian].
- [8] Mingrone, C., Rocca, P., Castagna, F., Montemagni, C., Sigauco, M., Scalse, M., et al. (2013) Insight in stable schizophrenia: Relations with psychopathology and cognition. *Compr. Psychiatry*, 54, 484–492. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.014.
- [9] Abramov, V. A., Osokina, O. I., & Ivniev, B. B. (2014) *Zhizn' s psikhicheskimi rasstrojstvami: e'kzistentsial'no-lichnostnye aspekty vyzdorovleniya [Life with a mental disorder: the existential and personal aspects of recovery]*. Doneck : Kashtan. [in Russian].
- [10] Osokina, O. I. (2016) *Shizofreniya: analiz spektra psikhovoz [Schizophrenia: analysis of the psychosis spectrum]*. Kramatorsk: Kashtan. [in Russian].
- [11] Harchuk, Y. V. (2013) Otnoshenie k bolezni u pacientov s sochetaniem paranoidnoj shizofrenii i gipertonicheskoj bolezni [Attitude to disease in patients with paranoid schizophrenia and hypertension comorbidity]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*, 3(95), 157–159. [in Russian].
- [12] Irzhevskaya, V. P. (2009) *Naruszenie osoznaniya psikhicheskoy bolezni pri shizofrenii (Dis... kand. psikh. nauk)*. [Unawareness of mental illness in schizophrenia. Dr. psikh. sci. diss.]. Moscow. [in Russian].
- [13] (2009). Outcome Measures. Mental Health Services. County of San Diego. *Health and Human Services Agency*.
- [14] Zajcev, V. V. (1999) *Vliyanie semeinykh otnoshenij na social'nuyu adaptaciju i kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniej (Avtoref. dis... kand. med. nauk)*. [Influence of family relations on social adaptation and quality of life of patients with schizophrenia]. (Extended abstract of candidate's thesis). Saint Petersburg. [in Russian].