

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

А.А. РОЩИН

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев

На основании особенностей невербального поведения больных шизотипическим расстройством разработаны поведенческие методы, применение которых в их комплексной терапии позволяет добиться более полной редукции психопатологической симптоматики.

Шизотипическое расстройство в качестве нозологической формы впервые было введено в МКБ-10 (F21) [1; 2]. Несмотря на малую прогрессивность процесса, это достаточно тяжелое заболевание: инвалидность при нем составляет 31,7–47,2% [3]. Имеющиеся в литературе данные об этой патологии — его диагностике и нозологической близости к тем или иным группам психических заболеваний, лечению и реабилитации больных — не только многообразны, но нередко и противоречивы [4].

В ходе предыдущих исследований нами были установлены определенные невербальные признаки шизотипических расстройств, причем были отмечены изменения как простых, так и сложных элементов поведения. Целью настоящего исследования была разработка системы коррекции неадекватных поведенческих паттернов больных с шизотипическим расстройством.

Учитывая полученные ранее данные и опираясь на биологическую теорию функциональных систем П.К.Анохина, в которой поведенческие акты рассматриваются как замкнутый контур автоматической регуляции с постоянной сигнализацией о результатах действия для получения определенного приспособительного эффекта, мы предположили, что искусственное изменение поведенческих паттернов может оказать обратное влияние на патологический процесс (аналогично разрыву порочного круга при психосоматических заболеваниях). Такое влияние должно быть направлено на определенные звенья функциональных систем и в зависимости от этого иметь свою специфику.

Поставив перед собой задачу определения способов влияния на болезненно измененное поведение, мы обратились к плану организации двигательной системы (табл.1).

Как видно из таблицы, поведение формируется, начиная с простых, неосознанных элементов, и заканчивается сложными, мотивированными ее компонентами.

В процессе развития шизотипического расстройства наряду с эндогенно обусловленными особенностями поведения формируются и те особенности, которые являются последствиями нарушений в социальных контактах, психофармакологической терапии, что в свою очередь приводит к усилению диффузных нарушений, образуя очередной виток порочного круга [5; 6].

Учитывая сказанное, мы поставили перед собой задачу нивелировать невербальные признаки имеющегося у пациентов расстройства, используя специальную методику, которая была разработана на основе бодиаптерапии [7] и методов поведенческой психотерапии [8]. Такое объединение было обусловлено необходимостью повлиять на нарушение простых (бодиаптерапия) и сложных (поведенческая психотерапия) форм поведения.

Ход терапии состоял из четырех этапов.

I.Регистрация невербальных признаков, присущих шизотипическому расстройству.

II. Систематическая десенсибилизация путем прогрессирующей мышечной миорелаксации. На этом этапе производилось радикальное устранение двигательных проявлений поведения, которое заключалось в уменьшении как собственно движений, так и напряжения мышечных групп. Корректирующие воздействия были сосредоточены преимущественно на простых, как правило, неосознанных элементах поведения (мимика, поза, тонус мышц и т.п.). Благодаря таким воздействиям возникала диссоциация

Таблица 1

План организации двигательной системы

Структура	Функции	Роль
Корковые и подкорковые мотивационные зоны	Побуждение к действию	План
Ассоциативные зоны коры	Замысел действия	
Базальные ганглии, мозжечок	Схемы целенаправленных действий (приобретенные и врожденные)	Программа
Таламус		
Двигательная кора		
Ствол мозга	Регуляция позы	
Спинномозговые нейроны	Моно- и полисинаптические рефлексy	Выполнение
Моторные единицы	Длина мышц, напряжение мышц	

между невербальными проявлениями и собственно психическими нарушениями с последующим уменьшением интенсивности последних. У части пациентов (22,5%) возникали трудности в поддержании состояния расслабления с постоянным преобладанием напряжения в отдельных мышцах, им рекомендовали дополнительные упражнения по овладению навыками напряжения и расслабления этих мышц. После того как пациенты овладели навыками релаксации, данные упражнения продолжали использовать и на последующих этапах терапии.

III. Тренинг утвердительного поведения. Тренинг проводился в условиях психотерапевтической группы больных с гетерогенным по нозологии составом. На этом этапе использовали следующие основные терапевтические факторы: 1) осознание отраженной оценки других членов группы; 2) имитативные навыки; 3) формирование убеждения в изменении реакции окружающих при изменении собственного поведения (позитивное подкрепление новых форм поведения с повышением самооценки).

Необходимым условием третьего этапа было ведение дневников как самими больными, так и их родственниками.

IV. Закрепление новых форм поведения в обычной социальной среде. При этом ставилась цель перенести полученные в процессе терапии навыки в повседневную жизнь больных. Для поддержания формирования новых, более адаптивных поведенческих паттернов родным больного давались рекомендации по применению позитивного подкрепления, в основу которого были положены принципы оперативного обусловливания (поощрялись только желательные реакции и поведение), в качестве наказания выступали обычные жизненные сложности, которые возникали при использовании предыдущих, болезненных поведенческих стереотипов.

Эффективность разработанного метода, а именно его влияния на течение шизотипического расстройства, была изучена нами у 80 больных, среди которых 40 (основная группа) получали комплексное лечение с использованием указанного метода и 40 составили контрольную группу, получавшую традиционное лечение.

В процессе исследования использовали клинико-психопатологический, патопсихологический (ММРП) методы и физиогномо-этологический («Глоссарий по исследованию невербального поведения человека» [9], дополненный и адаптированный нами (совместно с проф. О.К. Напреенко) к условиям этого исследования).

Степень эффективности терапии оценивали по пятибалльной шкале (1 — отрицательный результат, 0 — результат отсутствует, 1 — незначительно выраженный, 2 — умеренно выраженный, 3 — значительно выраженный результат).

Средний балл эффективности лечения в основной группе составил 2,1, в контрольной — 1,7. Для оценки статистического значения отличий полученных данных нами был рассчитан критерий Стьюдента, который оказался равным $t = 12,2$, что значительно превышает его критическое значение (2,64) ($p < 0,01$).

Таким образом, разница в результатах лечения между основной и контрольной группами была статистически значима.

Нами была изучена также эффективность разработанного метода коррекции в зависимости от синдромологической структуры шизотипического расстройства. В клинических исследованиях на основании преобладания определенной симптоматики были выделены следующие синдромологические структуры: неврозоподобная (ананкастная, ипохондрическая, истероидная, деперсонализационная); психопатоподобная (эксплозивная, паранойяльная); апатическая (бедная симптомами).

Используя указанную выше шкалу эффективности, мы рассчитали средние показатели и определили их статистическую значимость при сравнении основной и контрольной групп (табл. 2)

Таблица 2

Синдромологическая структура	Основная группа	Контрольная группа	t
Неврозоподобная	2,5	1,8	3,3
Психопатоподобная	2,3	1,6	3,1
Апатическая	1,4	1,7	0,9

Примечание. $P < 0,01$, критическое значение $t = 2,878$.

Как видно из таблицы, синдромологическая структура влияет на эффективность применения разработанной нами методики. Так, с вероятностью 1% ошибки была выявлена разница между основной и контрольной группами больных при наличии у них неврозоподобных и психопатоподобных проявлений, причем в обеих группах эффективность лечения была выше при неврозоподобной симптоматике. При апатической форме расстройства разницы между группами выявлено не было.

Полученные результаты исследования показывают, что применение поведенческих методов в лечении больных шизотипическим расстройством приводит к более полной редукции психопатологической симптоматики, особенно в тех случаях, когда в рамках эндогенного процесса присутствуют проявления пограничного регистра.

Это дает основание сделать вывод о целесообразности использования в комплексном лечении и реабилитации больных психотерапевтических методов, направленных на разрыв «порочного круга», связанного с формированием патологических форм поведения.

Литература

1. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих // Під ред. П.В. Волошина, В.М. Пономаренка, О.К. Напреенка та ін. — Харків: Арсіс ЛТД, 2000. — С. 91.
2. МКБ-10. Теория и практика психиатрии / Под общ. ред. проф. В.А. Абрамова. — Донецк: Укр НТЭК, 2000. — 198 с.
3. Куталев Ф.Л. Отдаленные этапы шизофренического расстройства: ранние критерии клинико-социального прогноза: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1999. — 20 с.

4. Опыт применения метода бодиарттерапии в комплексном лечении душевнобольных / А.В.Александрович, Г.В.Аракелова, О.Б.Мочалова и др. // Моск. психотерапевт. журн.— 1998.— № 1.— С.85–100.
5. Самохвалов В.П. Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: Метод.рек.— Симферополь, 1988.— 18 с.
6. Напреевко О.К., Роцин О.А. Етологічні аспекти шизотипових розладів // Таврич. журн. психіатр.— 2001.— Т. 5, № 1 (16).— С.27–29.
7. Некрасова С.В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением больных с шизотипическими расстройствами и дефензивными нарушениями: Автореф. дис.... канд. мед. наук.— М., 1999.— 24 с.
8. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии: Пер с англ.— С.Пб: Речь, 2001.— 247 с.
9. Ястребов Д.В. Протекающая с сенситивными идеями отношения социальная фобия при эндогенных заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр.— 1999.— Т.99, № 12.— С.24–29.

Поступила 17.02.2003

CORRECTION OF MOTOR AND BEHAVIOR FUNCTIONS IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPICAL DISORDERS

A.A. Roschin

Summary

Behavioral methods were worked out basing of the peculiarities of non-verbal behavior of the patients with schizotypal disorders. The use of the methods in complex therapy allows to achieve more complete reduction in psychopathological signs.