

Прогнозирование устойчивости ремиссий при эндогенных психических заболеваниях: перспективы использования функционального диагноза*

Бобровская Н.В.

Prediction of remission resistance at endogenous mental disease: outlooks of functional diagnosis use

Bobrovskaya N.V.

Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург

© Бобровская Н.В.

Результаты исследования 83 больных шизофренией и аффективными расстройствами показывают, что некоторые компоненты функционального диагноза могут служить предикторами устойчивости ремиссий. Наиболее значимы в этом отношении социальные характеристики — семейные и относящиеся к ближайшему окружению вне семьи.

Ключевые слова: шизофрения, аффективные расстройства, прогноз, функциональный диагноз, предикторы, ремиссия.

Results of research of 83 patients with schizophrenia and affective disorders show, that some components of the functional diagnosis can serve as predictors to stability of remissions. Social characteristics — family and concerning to the nearest environment outside of family are most significant in this respect.

Key words: schizophrenia, affective disorder, prognosis, functional diagnosis, predictors, remission.

УДК 616.89–072.7

Введение

Проблема профилактики рецидивов и их раннего купирования является одной из наиболее актуальных в процессе лечения и реабилитации больных шизофренией. Современная психофармакотерапия обладает широким арсеналом медикаментозных средств, в том числе пролонгированных форм нейролептиков, атипичных нейролептиков, нормотимиков, однако частота рецидивирования остается достаточно высокой [3, 7]. По эпидемиологическим данным, в первые 3 года после окончания очередного приступа шизофрении рецидив наблюдается не менее чем у 87% больных [14], и лишь у 6—10% лиц, перенесших приступ шизофрении, в течение всей оставшейся жизни не отмечается рецидивов

[3]. Наиболее высока вероятность рецидива в течение первого года после выписки больного из психиатрического учреждения, в котором он лечился по поводу последнего приступа [3]. Остается неясным, какие факторы влияют на риск рецидива.

Первое, о чем обычно думают, — эффект терапии, однако явная связь ее с частотой рецидивирования прослеживается только в первые месяцы ремиссии. Так, установлено, что среди больных, у которых рецидив возник в течение первого года после очередного приступа, 75% не принимали поддерживающего лечения, а среди тех, у кого рецидив за это время не возник, не принимали лекарств лишь 12%, однако в дальнейшем

* Работа выполнена под руководством д-ра мед. наук А.И. Скорик.

эта закономерность становится менее отчетливой, а к четвертому году число рецидивов в группах принимавших и не принимавших лекарства уже существенно не различается [12, 14].

Из вышесказанного следует несколько выводов. Во-первых, поддерживающая терапия психотропными средствами, несомненно, влияет на длительность ремиссии. Во-вторых, она не предотвращает рецидивов полностью, а лишь отодвигает время их наступления. В-третьих, терапия наиболее эффективна на ранних этапах ремиссии, то есть именно тогда, когда наиболее велик риск рецидива.

Последнее носит характер практической рекомендации, поскольку именно на ранних этапах ремиссии адекватная поддерживающая терапия особенно важна. С другой стороны, проводя поддерживающую и профилактическую терапию, следует особенно концентрировать усилия на возможно более раннем купировании рецидивов. Их профилактика была бы более результативной при наличии четких индивидуальных прогностических критериев возникновения рецидивов, то есть признаков, появление которых должно служить указанием на повышение риска и сигналом к коррекции терапии.

Имеется ряд исследований, описывающих так называемые пререцидивные расстройства, при выявлении которых можно с определенностью говорить о приближающемся рецидиве [6, 12]. Однако их выявление возможно лишь в период, непосредственно предшествующий рецидиву, так что оптимальное время для коррекции терапии нередко оказывается упущенным. Кроме того, имеющиеся в литературе сведения о связи тех или иных признаков с длительностью ремиссии или частотой рецидивирования [8, 17, 18], как правило, не носят системного характера, описывая определенный локальный набор предикторов. В то же время все больше исследователей говорят о потребности в интегральной оценке состояния психически больных [16]. В настоящем исследовании мы пытались реализовать такой интегративный (или, как иногда говорят, холистический, то есть целостный) подход к поиску при-

знаков, прогностически ценных в отношении устойчивости ремиссии, исходя из концепции функционального диагноза.

Эта концепция, появление которой восходит к 1930-м гг. [5], разрабатывалась особенно успешно во второй половине XX в. [2, 4, 9, 11]. Согласно современным представлениям [9, 20], функциональный диагноз есть система оценок приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больных, их функциональных дефектов и функциональных ресурсов, откуда и возникает термин. Функциональный диагноз, таким образом, включает сведения, которые не содержатся в традиционном клиническом диагнозе

Результаты исследований молодых ученых и

студентов

соком уровне обобщения функциональных возможностей больных функциональный диагноз должен включать три плана — клинический, психологический и социальный. Уже из перечисления этих основных компонентов явствует, что функциональный диагноз, включая нозологический диагноз как составную часть, далеко выходит за рамки традиционной клинической оценки. Более того, три основные составляющие функционального диагноза покрывают практически всю область явлений, в которой происходит поиск знаний о психических расстройствах. Если учесть это обстоятельство, нетрудно прийти к заключению о том, что формирование концепции функционального диагноза можно рассматривать как своего рода завершение большого этапа развития психиатрической науки, начавшегося в конце XVIII в. работами Ph. Pinel и современных ему авторов, в которых систематически разрабатывался клинический подход — по нынешним представлениям, клинический план функционального диагноза, логически и хронологически первый из трех базисных.

Широкий (практически глобальный) охват изучаемых явлений и упорядоченное целостное представление объекта исследования в рамках единой стройной системы делают функциональный диагноз привлекательным для использования во многих исследовательских направлениях, в том числе и относящихся к прогнозированию в психиатрии. Из этих соображений функциональный диагноз был использован и в настоящей работе, в которой его применение ограничено об-

ластью поиска предикторов устойчивости ремиссии.

Материал и методы

Объектом настоящего исследования были 83 больных (52 мужчины и 31 женщина), находившихся на лечении в отделении психопрофилактики и внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева. Средний возраст больных составил $28,6 \pm 1,4$ года, средний возраст появления манифестных симптомов — $24,0 \pm 1,4$ года, средняя давность заболевания на момент обследования — $8,0 \pm 0,9$ года, среднее количество перенесенных в прошлом психотических эпизодов — $2,8 \pm 0,3$.

Нозологическая диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. По нозологическим группам больные распределялись следующим образом.

У 65 человек (раздел F2 МКБ-10) была диагностирована шизофрения. Из них у 27 она определялась как непрерывно-прогредиентная, параноидная (F20.00 по МКБ-10, 6 больных) или вялотекущая (F21 по МКБ-10, 21 больной), еще у 28 — как шубообразная, параноидная (F20.01 — F20.03 по МКБ-10, 26 больных) или недифференцированная (F20.31 по МКБ-10, 2 больных), а у остальных 10 — как рекуррентная (F25.2 по МКБ-10). У 18 больных диагностированы аффективные расстройства (раздел F3 МКБ-10), из них у 8 — депрессивный тип (F33 по МКБ-10) и у 10 — циркулярный (F31 по МКБ-10).

Сведения о больных фиксировались при помощи карты функционального диагноза, разработанной в отделении психопрофилактики и внебольничной психиатрии НИИ им. В.М. Бехтерева в 1995—1996 гг. и затем адаптированной к целям настоящего исследования. Карта представляла собой набор переменных (всего 201), отражающих разные стороны и детали состояния больного, истории его жизни и заболевания и способности к социальному функционированию. Переменные были объединены в 36 разделов, а разделы — в 6 больших блоков. Такая иерархическая структурированность придает инструменту стройный вид, делает его более понятным концептуально и более удобным для регистрации данных

и их последующего анализа. Структура адаптированного инструмента на уровне блоков и разделов приведена в табл. 1.

Переменные блоков 4—6 фиксировались для нескольких этапов жизни пациента: преморбидного периода; начальных этапов заболевания; максимума развития заболевания; даты начала госпитализации, во время которой проводилось исследование; даты выписки; даты катamnестического обследования. Переменные разделов 3.2—3.6 (блок 3) фиксировались для всех тех же этапов, кроме первого. С учетом такого «умножения» части пунктов карты число всех первичных переменных достигло 356.

Так как целью настоящего исследования был поиск переменных, прогностически ценных в отношении устойчивости ремиссии, в число переменных была введена длительность ремиссии, следующей за госпитализацией, во время которой проведено обследование. Катamnез был прослежен до завершения ремиссии, то есть до первого обострения (рецидива) заболевания; он не превышал 18 мес, составляя в среднем (с учетом стандартной ошибки среднего) $8,5 \pm 1,0$ мес.

По типу регистрации данных переменные делились на три категории. В первую входили показатели, предполагающие истинную количественную оценку, — таковы все данные об интервалах времени, количестве приступов болезни и госпитализаций, о дозах лекарств. Ко второй категории принадлежали признаки, не имеющие естественно-количественного выражения и предполагающие балльную оценку, — это данные о соматической конституции больных, выраженности их личностных особенностей, о показателях адаптации, семейного и социального функционирования. К третьей относились признаки, для которых фиксировалось только их наличие и отсутствие. По существу, это тоже балльная оценка, но всего с двумя альтернативами: 0 (признак отсутствует) и 1 (признак присутствует). Так оценивались переменные, описывающие клиническую картину заболевания, межличностные отношения и часть показателей социального функционирования.

Таблица 1

Блоки и разделы карты функционального диагноза

Блок 1. Общие сведения о больном

Разделы:	1.1. Формальные данные, относящиеся к медицинской документации; 1.2. Пол и возраст; 1.3. Динамические характеристики заболевания; 1.4. Квалификация и занятость
<i>Блок 2. Конституционально-биологические характеристики</i>	
Разделы:	2.1. Наследственность; 2.2. Почва; 2.3. Конституция; 2.4. Особенности развития в детстве; 2.5. Преморбидные задержки; 2.6. Преморбидные черты характера; 2.7. Предвестники; 2.8. Соматогении
<i>Блок 3. Клинико-психопатологические характеристики и лечение</i>	
Разделы:	3.1. Продромальные симптомы; 3.2. Характер течения заболевания; 3.3. Продуктивная симптоматика; 3.4. Дефект; 3.5. Тип ремиссии; 3.6. Лечение
<i>Блок 4. Психологические характеристики*</i>	
Разделы:	4.1. Психогении; 4.2. Социальная компетенция; 4.5. Мотивация деятельности; 4.6. Тип отношения к окружающим; 4.10. Внутренняя картина болезни
<i>Блок 5. Семейные отношения и функционирование в семье</i>	
Разделы:	5.1. Поведенческий контроль со стороны референтного члена семьи; 5.2. Отношения с референтным членом семьи; 5.3. Ожидания со стороны референтного члена семьи; 5.4. Expressed Emotions** референтного члена семьи; 5.5. Нагрузка на семью; 5.6. Отношения семьи с окружением; 5.7. Отношение референтного члена семьи к болезни и лечению; 5.8. Функционирование больного в семье
<i>Блок 6. Социальные отношения, адаптация и социальное функционирование</i>	
Разделы:	6.1. Неформальная группа; 6.2. Формальная группа; 6.3. Уровень жизни; 6.4. Приспособительное поведение; 6.5. Функционирование в разных социальных сферах

* Отсутствующие разделы 4.3, 4.4 и 4.7—4.9 относятся к компетенции психолога, и поэтому не включены в адаптированную карту, заполняемую врачом.

** Термин «Expressed Emotions» мы оставляем без перевода, так как ни один из существующих на сегодня переводов нельзя признать удовлетворительным, в том числе и часто применяемый в последнее время термин «выраженные эмо-

ции», который можно понять также как «интенсивные эмоции».

Оценка функционального диагноза (заполнение карты) производилась сотрудниками отделения внебольничной психиатрии НИИ им. В.М. Бехтерева, имеющими квалификацию врача-психиатра.

Для статистической обработки данных был использован регрессионный анализ, а именно построение уравнений линейной регрессии, в которых независимой переменной служила длительность ремиссии, а зависимыми — дескрипторы функционального диагноза. При этом в материал было внесено существенное допущение, состоявшее в том, что все виды оценок мы решили условно считать количественными, предполагая на первом этапе работы прежде всего исследовать максимально упрощенные модели и только потом при необходимости переходить к более сложным.

Относительно регрессионного анализа следует сделать одно важное пояснение. Этот метод разработан для случая нормального распределения изучаемых величин; между тем известно [13, 15], что распределения длительности ремиссий у больных эндогенными психическими расстройствами отличаются от нормальных. Здесь строго корректным является применение методов непараметрической статистики, однако эти методы имеют свои недостатки, главный из которых состоит в том, что они менее мощны, чем параметрические.

В то же время показано, что при регрессионном анализе в случаях отклонения распределения независимой переменной от нормального все же возможно получение оптимальных значений коэффициентов регрессии. Доказательство этого положения приводит, в частности, Г. Крамер [10].

Требование нормальности распределений изучаемых величин имеет значение также в связи с вычислением критериев значимости (t , F и др.). Однако известно, что при возрастании объема выборки распределение выборочной статистики критерия приближается к нормальному, даже если распределения исследуемых переменных не являются нормальными; так что при больших выборках (такowymi принято считать выборки объемом

более 30 вариант) требование нормальности не является абсолютным. Также и исследования с помощью метода Монте-Карло, проводившиеся для оценки того, насколько тесты, основанные на предположении нормальности, чувствительны к нарушению этого предположения, показали, что последствия нарушения требования нормальности «менее фатальны, чем первоначально предполагалось» [21].

Исходя из сказанного, мы сочли применение метода регрессионного анализа в нашем исследовании вполне правомерным.

Применение вычислительной техники позволило без больших затрат времени построить уравнения регрессии для всех 356 элементарных дескрипторов функционального состояния. Все вычисления производились при помощи пакета математико-статистических программ Statistica 5.1. При анализе результатов рассматривались только те уравнения, для которых коэффициенты регрессии были статистически значимыми на традиционном 5%-м уровне ($p < 0,05$).

Результаты

В результате обработки первичных данных из всех дескрипторов функционального диагноза, учтенных в регистрационной карте, на заданном уровне статистической значимости связь с длительностью ремиссии обнаружили всего 28 пунктов.

Наиболее богат прогностически значимыми дескрипторами блок 6 (Социальные отношения, адаптация, социальное функционирование). В

нем таких пунктов 13, что составляет 46,4% от общего числа. Этот блок в регистрационной карте содержит всего 57 пунктов; по отношению к этому числу 13 потенциальных предикторов устойчивости ремиссии составляют 22,8%. Представлены разделы: «Формальная группа» (6.2), «Приспособительное поведение» (6.4) и «Функционирование в разных социальных сферах» (6.5).

На втором месте по количеству прогностически значимых дескрипторов оказался блок 5 (Семейные отношения и функционирование в семье); здесь их 7, т.е. 25% от общего количества. Этот блок содержит всего 76 пунктов, по отношению к этому числу 7 потенциальных предикторов устойчивости ремиссии составляют 9,2%. Представлены разделы: «Поведенческий контроль со стороны референтного члена семьи» (5.1), «Отношения с референтным членом семьи» (5.2), «Ожидания со стороны референтного члена семьи» (5.3) и «Функционирование больного в семье» (5.8).

В остальных четырех блоках — «Общие сведения о больном» (1), «Конституционально-биологические характеристики» (2), «Клинико-психопатологические характеристики и лечение» (3) и «Психологические характеристики» (4) прогностически значимых переменных оказалось только 8 (эти блоки в общем содержат 223 дескриптора).

Все прогностически значимые дескрипторы приведены в табл. 2.

Таблица 2

Прогностически значимые дескрипторы функционального диагноза

<i>Блок 1. Общие сведения о больном</i>
1. Образование к моменту госпитализации ($p = 0,005$) 2. Соответствие рода занятий образованию к моменту госпитализации ($p = 0,001$)
<i>Блок 2. Конституционально-биологические характеристики</i>
3. Циклоидные (аффективные) черты личности в преморбидном периоде ($p = 0,014$)
<i>Блок 3. Клинико-психопатологические характеристики и лечение</i>
4. Явления аутопсихической деперсонализации в продромальном периоде ($p = 0,003$) 5. Длительность текущего приступа (обострения) при госпитализации ($p = 0,006$) 6. То же при выписке ($p = 0,010$) 7. Атонический тип дефекта при выписке ($p = 0,022$) 8. Ипохондрический тип ремиссии при выписке ($p = 0,029$)
<i>Блок 5. Семейные отношения и функционирование в семье</i>
9. Поведение референтного члена семьи по отношению к больному по типу потокающей гиперпротекции в преморбидном периоде* ($p = 0,012$)

<p>10. То же к моменту госпитализации ($p = 0,005$)</p> <p>11. Отношения больного с референтным членом семьи по типу псевдовзаимности в преморбидном периоде* ($p = 0,026$)</p> <p>12. Уровень ожиданий от больного в семье к моменту госпитализации ($p = 0,047$)</p> <p>13. Уровень функционирования в сфере супружеских отношений после выписки ($p = 0,031$)</p> <p>14. Уровень функционирования в родительской семье к моменту госпитализации ($p = 0,015$)</p> <p>15. То же после выписки ($p = 0,008$)</p>
<p><i>Блок 6. Социальные отношения, адаптация и социальное функционирование</i></p> <p>Раздел 6.2. Формальная группа</p> <p>16. Принадлежность к группе в преморбидном периоде* ($p = 0,004$)</p> <p>17. То же к моменту госпитализации ($p = 0,003$)</p> <p>18. Позиция в группе к моменту госпитализации ($p = 0,031$)</p> <p>19. Социальная поддержка в группе в преморбидном периоде* ($p = 0,003$)</p> <p>20. То же к моменту госпитализации ($p = 0,023$)</p> <p>21. Адаптирующее влияние группы к моменту госпитализации ($p = 0,015$)</p> <p>Раздел 6.4. Приспособительное поведение</p> <p>22. Защитно-ограждающее поведение в преморбидном периоде* ($p = 0,022$)</p> <p>Раздел 6.5. Функционирование в разных социальных сферах</p> <p>23. Рабочая нагрузка в преморбидном периоде* ($p = 0,009$)</p> <p>24. То же к моменту госпитализации ($p = 0,009$)</p> <p>25. Уровень функционирования в профессиональной сфере в преморбидном периоде* ($p = 0,000$)</p> <p>26. То же к моменту госпитализации ($p = 0,036$)</p> <p>27. То же сразу после выписки ($p = 0,015$)</p> <p>28. Уровень функционирования в сфере межличностных отношений в преморбидном периоде* ($p = 0,012$)</p>

* В последний год преморбидного периода.

Переменные, обнаруживающие свойства предикторов устойчивости ремиссии, могут образовывать с ее длительностью два и только два рода альтернативных, противоположно направленных связей: прямая (чем выше значение переменной-предиктора, тем более длительная ожидается ремиссия, и наоборот) и обратная (чем выше значение предиктора, тем ремиссия будет короче, и наоборот).

Разделение потенциальных предикторов в зависимости от направления связей с прогнозируемой переменной (длительностью ремиссии) представлено в табл. 3.

Обсуждение

Анализ табл. 3 приводит к следующим заключениям (напомним, что не всегда мы располагаем достаточными основаниями для того, чтобы интерпретировать найденные связи как причинно-следственные).

Прямую связь с длительностью ремиссии обнаруживает часть показателей внесемейных социальных отношений и функционирования (п. 1—8), к ним относятся:

— принадлежность к некоему рабочему или учебному коллективу (формальной группе) в конце преморбидного периода и на момент госпитализации, во время которой больной включался в исследование (п. 1, 2);

Таблица 3

Направленность связей потенциальных предикторов с ожидаемой длительностью ремиссии

Переменные	Прямая связь	Обратная связь
------------	--------------	----------------

социального блока	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принадлежность к формальной группе в преморбидном периоде* 2. То же к моменту госпитализации 3. Нагрузка на работе (в учебе) в преморбидном периоде* 4. То же к моменту госпитализации 5. Уровень функционирования в профессиональной сфере в преморбидном периоде* 6. То же к моменту госпитализации 7. То же после выписки 8. Уровень функционирования в сфере межличностных отношений в преморбидном периоде* 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Позиция в формальной группе к моменту госпитализации 10. Социальная поддержка со стороны формальной группы в преморбидном периоде 11. То же к моменту госпитализации 12. Адаптирующее влияние формальной группы к моменту госпитализации 13. Приспособительное поведение по защитно-ограждающему типу в преморбидном периоде*
семейного блока	<ol style="list-style-type: none"> 14. Уровень функционирования в сфере супружеских отношений после выписки 15. Уровень функционирования в родительской семье к моменту госпитализации 16. То же после выписки 17. Отношения с референтным членом семьи по типу псевдозаимности в преморбидном периоде* 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Поведение референтного члена семьи по отношению к больному по типу потокающей гиперпротекции в преморбидном периоде* 19. То же к моменту госпитализации 20. Уровень ожиданий от больного в семье к моменту госпитализации
другие	<ol style="list-style-type: none"> 21. Циклоидные (аффективные) черты личности в преморбидном периоде 22. Явления аутопсихической деперсонализации в преморбидном периоде 23. Образование на момент госпитализации 24. Соответствие рода занятий образованию на момент госпитализации 	<ol style="list-style-type: none"> 25. Длительность текущего приступа (обострения) на момент госпитализации 26. То же на момент выписки 27. Атонический тип дефекта при выписке 28. Ипохондрический тип ремиссии при выписке

* В последний год преморбидного периода.

— нагрузка на работе или в учебе в те же временные отрезки (п. 3, 4);

— уровень рабочего функционирования в те же временные отрезки и после выписки (п. 5—7);

— уровень функционирования в сфере межличностных отношений в конце преморбидного периода (п. 8).

Чем выше значения этих переменных-предикторов, тем более оптимистическим будет прогноз. Существо связи здесь представляется понятным: оба признака, предиктивный и прогнозируемый, указывают на относительную сохранность способности к адаптации.

Обратная связь с устойчивостью (длительностью) ремиссии такого показателя, как позиция больного в формальной группе к моменту госпитализации (п. 9), на первый взгляд, кажется парадоксальной. Иными словами, чем выше статус больного в его рабочем (учебном) коллективе, тем его ремиссии будут короче, то есть течение болезни будет менее благоприятным, и все это при том, что высокий уровень функционирования в формальной группе является, наоборот, признаком

благоприятным. Объяснить это можно следующим. Поддержание нормального функционирования в формальной группе обычно требует от больных (по крайней мере из исследованной выборки) усилий, адекватных их возможностям, и с этой задачей они успешно справляются. Иное дело не просто успешная работа, но еще и приобретение или поддержание высокого статуса: здесь требуемые затраты энергии превышают оптимальные. И если больной все же идет на эти издержки, успех достигается ценой снижения устойчивости психического равновесия, что ведет к дестабилизации ремиссии и преждевременному рецидиву, и наоборот, ради стабильности в психической сфере приходится в какой-то мере жертвовать «социальным лицом».

Не менее парадоксальными кажутся поначалу и другие обратные связи: высокая социальная поддержка группы в преморбидном периоде (п. 10) и к моменту госпитализации (п. 11) и ее высокое адаптирующее влияние на больного к моменту госпитализации (п. 12) являются предикторами короткой ремиссии, и наоборот. Это явле-

ние можно объяснить тем, что поддержка в группе и ее адаптирующее влияние возникают не спонтанно, а как бы в ответ на потребности больного, в той или иной (явной или неявной) форме предъявляемые.

В то время как для психически здорового человека или для больного с негрубыми проявлениями патологии посторонняя поддержка представляется необязательной, с утяжелением заболевания потребность в ней возрастает, и больной ее получает, но на некотором этапе даже очень активная поддержка и адаптирующие влияния оказываются недостаточными для достижения нужной степени устойчивости ремиссии. И наоборот, лица, состояние которых достаточно стабильно и адаптивные ресурсы сохранены, не требуют социальной и адаптационной поддержки и не получают (а может быть, и не принимают) ее. Сказанное, естественно, не относится к случаям, когда группа настроена по отношению к пациенту явно негативно, однако такие случаи должны быстро заканчиваться уходом больного из группы, в то время как в данной выборке принадлежность к производственному или учебному коллективу сохранялась у всех пациентов.

Аналогично объясняется и обратная связь с длительностью ремиссии приспособительного поведения по защитно-ограждающему типу (п. 13). Оно возникает в ответ на снижение адаптивных ресурсов как поведение, направленное на их экономию, и служит их косвенным индикатором, но на некотором этапе болезненного процесса тоже оказывается недостаточным для поддержания стабильности ремиссии. И наоборот, мы видим ремиссии тем более стабильные, чем меньше больной нуждается в защитно-ограждающем поведении и, соответственно, меньше к нему обращается.

Имеет место прямая связь с длительностью (устойчивостью) ремиссии показателей уровня функционирования больного в семейной сфере в области супружеских отношений после выписки из лечебного учреждения (п. 14) и в родительской семье к моменту госпитализации (п. 15) и после выписки (п. 16). Существо связи здесь представляется тем же, что в п. 1—8: оба признака, предик-

тивный и прогнозируемый, указывают на относительную сохранность способности к адаптации.

Прямую связь с ожидаемой длительностью ремиссии имеют также отношения больного с референтным членом семьи по типу псевдовзаимности в конце (в последний год) преморбидного периода (п. 17): высокое значение этого показателя ориентирует исследователя на ожидание длительной ремиссии. Связь здесь статистически значима, но с содержательной стороны не вполне ясна. Она становится понятной только в том случае, если признать за псевдовзаимностью в семье некоторое позитивное значение. Тогда, как и в предыдущем случае, оба признака можно трактовать как результат относительной сохранности общей адаптации. Позитивный аспект псевдовзаимных отношений можно усмотреть в том, что такие отношения при всей их дефицитности все же лучше, чем полная разобщенность или открытая враждебность, по сравнению с которыми их можно рассматривать даже как некоторое достижение.

Потакающая гиперпротекция по отношению к больному к концу (в последний год) его преморбидного периода (п. 18) и к моменту госпитализации (п. 19) обнаруживает с ожидаемой длительностью ремиссии обратную связь: высокие значения этих показателей соответствуют негативному прогнозу (ремиссия будет короткой), а низкие — позитивному (ремиссия будет длительной). О природе этой связи можно предположить, что она есть результат дезадаптирующего влияния на больного гиперпротекции в родительской семье.

Уровень ожиданий от больного в семье к моменту госпитализации (п. 20) также обнаруживает с ожидаемой длительностью ремиссии обратную связь: высокие ожидания соответствуют негативному прогнозу, а низкие — позитивному. По поводу механизма работы этой связи можно предположить следующее: повышение ожиданий от больного начиная с некоторого момента, с одной стороны, вызывает дезадаптацию, провоцируя его ради осуществления этих ожиданий на усилия, не соответствующие имеющимся возможностям, что завершается рецидивом, а с другой — то же повышение ожиданий заставляет больных как бы искать защиты от них в возврате к щадя-

щим условиям стационарного или полустационарного лечения, что неминуемо отрицательно сказывается на длительности временных интервалов, проводимых больными вне стен лечебного учреждения. Временные интервалы часто служат для исследователя основными индикаторами ремиссий.

Из всего многообразия конституционально-биологических характеристик с длительностью ремиссии оказалась связана прямой связью только одна — циклоидные (аффективные) черты личности в преморбидном периоде (п. 21). Связь признака с длительностью ремиссии прямая, то есть его наличие и высокая выраженность прогностически благоприятны. Здесь также вопросов не возникает: любое проявление циркулярности у больных эндогенными психическими расстройствами является прогностически благоприятным качеством.

Явления аутопсихической деперсонализации в преморбидном периоде (п. 22) тоже обнаруживают прямую связь с длительностью ремиссии, то есть их наличие является прогностически позитивным признаком. В этом случае природа связи не очень ясна. Деперсонализационные явления в преморбидном периоде могут встречаться в рамках признаков психопатологического диатеза, а именно его поздней эпизодической формы, включающей, помимо прочих, вариант с рудиментами психотических расстройств [9, 17]. Ранее в исследовании связей проявлений диатеза с клиникой последующего заболевания не удавалось обнаружить его связи с показателями, характеризующими течение болезненного процесса, в том числе с длительностью приступов и ремиссий [19].

С длительностью ремиссии обнаруживают прямую связь также пункты «Уровень образования» (п. 23) и «Соответствие рода занятий образованию» (п. 24) на момент госпитализации, которые являются, таким образом, позитивными предикторами при высоких оценках и негативными — при низких. В данном случае снова можно считать и предикторы, и прогнозируемую величину признаками относительной сохранности адаптивных способностей разных уровней. Стоит отметить, что эти два пункта раздела «Квалификация и занятость» также логически вполне увязаны.

Из клинических характеристик связаны с ожидаемой длительностью ремиссии обратной связью длительность текущего приступа, как при госпитализации (п. 25), так и при выписке больного (п. 26), а также атонический дефект (п. 27) и ипохондрический тип ремиссии (п. 28) при выписке. Большая длительность приступа и наличие при выписке атонического дефекта и ипохондрического типа ремиссии указывают на то, что ремиссия будет, скорее всего, недолгой. В данном случае содержание связи не вызывает вопросов: длительный приступ является одной из частных характеристик неблагоприятного течения вообще, к проявлениям которого относятся и короткие ремиссии. Что касается признаков атонического дефекта и ипохондрической ремиссии, то о них известно, что они принадлежат к наименее доброкачественным вариантам дефекта и ремиссии [9].

Интересно, что не обнаружили значимых связей с устойчивостью ремиссии четыре раздела блока «Психологические характеристики»: «Психогении», «Социальная компетенция», «Мотивация деятельности», «Внутренняя картина болезни» — и два раздела блока 3: «Продуктивная симптоматика» и «Лечение». С содержательной стороны этот результат нуждается в осмыслении.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что подавляющее большинство прогностически значимых признаков, а именно 20 из 28, относятся к блокам социальных и семейных отношений и функционирования, то есть к области социальной жизни в широком смысле слова, что уже само по себе указывает на значимость этой стороны жизни для психического благополучия больных. В ней выявляется несколько логически связанных комплексов характеристик. В блоке социальных отношений и функционирования первый комплекс относится к формальной группе и отношениям в ней, второй — к социальному функционированию вне семьи, и третий, стоящий несколько особняком, — тип приспособительного поведения (впрочем, несмотря на некоторую обособленность, его логическая связь с двумя первыми очевидна). В блоке семейных отношений и функционирования один комплекс дескрип-

торов относится к отношениям с референтным членом семьи, а другой — к аспектам внутрисемейного взаимодействия.

Интересно, что широкая представленность в наборе социальных предикторов характеристик формальной группы сочетается с полным отсутствием среди них характеристик неформальной. Объяснить это явление пока затруднительно.

Также обращает на себя внимание бедность прогностическими признаками остальных блоков. Здесь, прежде всего, бросается в глаза блок конституционально-биологических характеристик, так как из 53 пунктов прогностически ценным оказался только один — «циклоидные (аффективные) черты личности в преморбидном периоде». Блок 3 (клинико-психопатологический) представлен более широко, но совершенно фрагментарно, прогностически важные пункты этого блока не обнаруживают между собой каких-то естественных логических связей.

В первом блоке («Общие сведения о больном») из 22 пунктов значимыми оказались только 2, в этом случае бедность легко объясняется тем, что этот блок включал преимущественно формальные данные, часть которых вообще предназначалась не для содержательного анализа, а для идентификации и поиска необходимой медицинской документации.

Заключение

В ходе исследования получены серьезные данные в пользу той точки зрения, что социальные факторы (семейные и относящиеся к малым социальным группам вне семьи) имеют большее значение для прогноза длительности ремиссии, чем конституционально-биологические и клинико-психопатологические показатели.

Следует отметить, что в целом отдельные компоненты и некоторые группы компонентов функционального диагноза оказались перспективными для их исследования в качестве возможных предикторов устойчивости ремиссии. Вместе с тем на данном этапе работы возможности их применения в этом плане ограничены. Первое ограничение обусловлено формой инструмента оценки функционального диагноза. Полученные данные показывают, что этот инструмент может быть существенно усовершенствован, прежде всего, сокращен.

Сокращение не только сделало бы его более удобным в работе, но и способствовало бы более стройной его организации, что облегчило бы понимание внутренних связей между переменными, а также их отношение к прогнозу длительности (устойчивости) ремиссии. Второе ограничение связано с характером исследованной выборки — при возрастании ее численности и репрезентативности в картине функционального диагноза и в характере его связей с устойчивостью ремиссий должны появиться новые детали, делающие более ясной природу найденных зависимостей.

В заключение отметим, что функциональный диагноз не является единственно возможной областью поиска закономерностей, определяющих процесс возникновения рецидивов психических заболеваний. Имеются и другие подходы, основанные частью на статистических закономерностях, частью на возможностях использования формализованного описания клинических проявлений и исследовании параклинических показателей, которые могли бы привести к построению более разработанных прогностических моделей. Реализация этих подходов и анализ полученных результатов являются предметом дальнейших исследований.

Литература

1. Алимов У.Х., Алимов Х.А. Факторы прогноза при приступообразно-прогредиентной шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии. 2001. Т. 101. < 10. С. 22—25.
2. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
3. Вовин Р.Я., Свердлов Л.С. Мероприятия по проведению

- профилактической (противорецидивной) терапии больных с эндогенными психическими заболеваниями // Методические рекомендации. Л., 1988.
4. *Воловик В.М.* Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии / Под ред. М.М. Кабанова, Н.М. Васюкова, Р.А. Зачевицкого. Л., 1975. С. 79—89.
 5. *Гейер Т.А.* Трудоспособность при шизофрении // Современные проблемы шизофрении. М.: Биомедгиз, 1933. С. 106—111.
 6. *Давтян С.Э.* Ранние стадии развития рецидивов шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1991.
 7. *Козырев С.Н.* К вопросу о причинах и профилактике регоспитализаций больных шизофренией // Реабилитация нервно-психических больных. Томск, 1984. С. 90—92.
 8. *Корнетова Е.Г.* Клинико-антропометрическое обследование больных как технология прогнозирования течения шизофрении // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / Под ред. В.Я. Семке. Томск: МГП «РАСКО», 2001. Т. 2. С. 54—55.
 9. *Коцюбинский А.П.* Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: Дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1999.
 10. *Крамер Г.* Математические методы статистики. 2-е изд. М.: Мир, 1975.
 11. *Мелехов Д.Е.* Основные клинические итоги изучения психических больных в условиях трудовой деятельности // Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР. М., 1947. Т. 3. С. 345—358.
 12. *Методы* профилактики рецидивов эндогенных психозов в условиях дневного стационара: Методические рекомендации / А.И. Скорик, Н.С. Шейнина, Н.Г. Генералова и др. СПб., 1992.
 13. *Свердлов Л.С., Скорик А.И.* О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах. Длительность ремиссий при аффективных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. 1991. Т. 91. Вып. 4. С. 65—69.
 14. *Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В.* О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах. Длительность ремиссий при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 1991. Т. 91. Вып. 1. С. 89—94.
 15. *Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В.* К проблеме предупреждения рецидивов при шизофрении // Ранняя реабилитация психически больных: Сб. науч. трудов / Под ред. В.М. Воловика. Л., 1984. С. 70—77.
 16. *Семке В.Я.* Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2000. < 1. С. 4—8.
 17. *Финк Г.Ф.* Вялотекущая невротоподобная шизофрения (клинико-системоаналитическое исследование): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2001.
 18. *Финк Г.Ф., Лапицкий М.А., Кутарев Ф.Л. и др.* Ранние критерии клинико-социального прогноза шизотипического псевдоневротического расстройства // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2000. < 3. С. 34—37.
 19. *Чумаченко А.А.* Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004.
 20. *Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание* / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. СПб.: Гиппократ, 2004.
 21. *tat Soft, Inc. Statistica for Windows (Statistica Electronic Manual), 2001.*

Поступила в редакцию 24.02.2004 г.