

искажена, он делает вывод о своем несоответствии и начинает предчувствовать отрицательные оценки и негативные социальные последствия этих оценок. Подобные ожидания вызывают тревогу, которая вместе с искаженной саморепрезентацией образуют порочный круг, усиливая друг друга, способствуя формированию гиперчувствительности к сигналам о возможных негативных последствиях в социальной сфере. Таким образом, внимание пациентов с социальной фобией фокусируется на внешних угрозах в социальной сфере, на вызывающих тревогу сигналах о собственном поведении и внешнем виде и на требованиях текущей социальной задачи. К подобному распределению внимания может присоединиться также дефицит социальных навыков, сформировавшийся вследствие избегания социальных ситуаций. Важным компонентом когнитивного и поведенческого подходов в изучении социальной тревожности является концепция копинг-поведения. При использовании копинг-стратегий, не позволяющих поддерживать конструктивное социальное взаимодействие, усиливается дистресс. Лица с социальной тревожностью не способны к эффективному преодолению дистресса, испытывая интенсивное психоэмоциональное напряжение, редукция которого зачастую осуществляется посредством деструктивных форм поведения, в частности алкоголизации. Анксиолитическое действие алкоголя создает иллюзию снижения дистресса за счет уменьшения интенсивности тревожности и ассоциированных физических ощущений.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Рожкова Ю.В., Константинов К.В., Субкевич Д.И.**

СПБГКУЗ ПБ Святого Николая Чудотворца

Санкт-Петербург

### *POSSIBILITIES OF USING THE METHOD OF BIOACOUSTIC CORRECTION IN THE COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Rozhkova I., Subkevich D., Konstantinov K.*

Место исследования: СПбГКУЗ ПБ Святого Николая Чудотворца, медико-реабилитационное отделение.

Цель исследования. Оценить эффективность применения метода БАК в комплексной психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра; Обнаружить взаимосвязь применения метода БАК с динамикой позитивной и негативной симптоматики у пациентов с патологией шизофренического спектра.

Материалы и методы. Исследовалась группа пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, с диагнозами F20-F21. С длительностью заболевания от 1 года до 15 лет, с относительно благоприятным течением и умеренно и средне выраженными явлениями эмоционально-волевого дефицита. Все пациенты, получали терапию атипичными нейролептиками, и комплекс психокоррекционных, реабилитационных мероприятий, состоящий из коммуникативного и нейрокогнитивного тренинга, тренинга социальной адаптации и арттерапии (изотерапия и музыкотерапия);

Для пациентов в приоритете была умеренная степень когнитивного дефекта (негрубое нарушение мышления, способность понимать и воспринимать суть экспериментально-психологических методик.

Проведено обследование 55 пациентов (40 мужчин и 15 женщин, средний возраст  $31,6 \pm 4,8$  лет). Больные были разделены на 2 группы: 28 пациентов контрольной группы («Контроль») получали стандартную медикаментозную терапию атипичными нейролептиками и комплекс реабилитационных мероприятий.;

27 пациентов основной группы (« БАК») дополнительно проходили процедуры биоакустической коррекции на аппарате «Синхро-С» производства ООО «СинКор», Санкт-Петербург, Россия. Процедуры БАК заключались в прослушивании пациентами акустических сэмплов, предъявление которых было скоррелировано с текущей ЭЭГ. Для этого проводилась регистрация ЭЭГ по 4 каналам в точках Fp1, Fp2, O1, O2, униполярно относительно объединенных ушных электродов с частотой дискретизации 250 Гц. Преобразование ЭЭГ в последовательность звуков производилось по каждому отведению независимо и одновременно. Звуки от всех отведений микшировались. Полученный акустический образ собственной ЭЭГ в реальном времени предъявляли больному через головные телефоны, в соответствии со стороной отведения: Fp1, O1 – левое ухо; Fp2, O2 – правое ухо. Для каждого больного устанавливался комфортный уровень громкости. Продолжительность сеанса составляла 15-20 минут, курс – 10-15 процедур.

Группы были сравнимы по полу и возрасту. Анализировали динамику баллов по шкалам Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), «Диагностика эмоционального интеллекта» (Н. Холл), «Опросник диагностики эмоционально-волевой сферы личности М.В. Чумакова» (Чумаков). Статистический анализ проводился с использованием программных пакетов Microsoft Excel 2010 и «Statistica 6.0». Анализовались средние значения и стандартное квадратичное отклонение при нормальном распределении. Оценка нормальности распределений проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Критерием достоверности служил t-критерий Стьюдента.

Результаты. В группе «Контроль» в тесте PANSS наблюдалось снижение общего балла только по шкале общей психопатологии с  $34,9 \pm 8,1$  до  $30,8 \pm 5,8$  ( $p < 0,05$ ), общие баллы положительных и отрицательных синдромов остались без изменений. Выявлено снижение баллов по некоторым отдельным показателям: «враждебность» с  $1,6 \pm 1,0$  до  $1,3 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ ), «эмоциональная отгороженность» с  $2,6 \pm 1,1$  до  $2,1 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ), «чувство вины» с  $2,1 \pm 1,0$  до  $1,7 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ), «депрессия» с  $2,0 \pm 1,0$  до  $1,5 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ), «агрессивность» с  $2,0 \pm 1,1$  до  $1,6 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ), «загруженность психическими переживаниями» с  $1,8 \pm 0,9$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ).

В группе «БАК» в тесте PANSS выявлено снижение общих баллов по всем шкалам: «положительные синдромы» с  $14,3 \pm 5,1$  до  $11,7 \pm 3,7$  ( $p < 0,01$ ); «негативные синдромы» с  $20,5 \pm 6,9$  до  $17,1 \pm 4,3$  ( $p < 0,001$ ); «общая психопатология» с  $36,4 \pm 9,2$  до  $28,6 \pm 7,0$  ( $p < 0,001$ ). Наблюдалось снижение баллов по отдельным показателям: «бред» с  $2,5 \pm 1,3$  до  $1,6 \pm 0,9$  ( $p < 0,001$ ); «расстройства мышления» с  $3,2 \pm 1,2$  до  $2,6 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ); «подозрительность» с  $2,6 \pm 1,2$  до  $1,7 \pm 0,8$  ( $p < 0,001$ ); «враждебность» с  $1,6 \pm 0,8$  до  $1,1 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ); «притупленный аффект» с  $3,0 \pm 1,2$  до  $2,6 \pm 0,9$  ( $p < 0,05$ ); «эмоциональная отгороженность» с  $2,8 \pm 1,2$  до  $2,5 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ); «социальная отгороженность» с  $3,0 \pm 1,1$  до  $2,6 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ); «нарушения абстрактного мышления» с  $3,4 \pm 1,0$  до  $2,8 \pm 0,8$  ( $p < 0,001$ ); «нарушения спонтанности и плавности речи» с  $2,9 \pm 1,2$  до  $2,3 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ); «стереотипное мышление» с  $2,6 \pm 1,3$  до  $1,8 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ); «тревога» с  $2,3 \pm 1,0$  до  $1,6 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ); «напряженность» с  $2,5 \pm 1,1$  до  $2,0 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ); «манерность и позирование» с  $2,1 \pm 1,1$  до  $1,6 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ); «депрессия» с  $2,0 \pm 1,1$  до  $1,5 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ); «моторная заторможенность» с  $2,2 \pm 1,0$  до  $1,5 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ); «малоконтактность» с  $2,3 \pm 1,2$  до  $1,6 \pm 0,8$  ( $p < 0,05$ ); «необычное содержание мыслей» с  $2,1 \pm 1,2$  до  $1,6 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ); «нарушение внимания» с  $2,5 \pm 0,8$  до  $2,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ); «ослабление контроля импульсивности» с  $1,9 \pm 1,1$  до  $1,1 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ); «загруженности психическими переживаниями» с  $2,0 \pm 1,3$  до  $1,3 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ); «активная социальная отстраненность» с  $2,7 \pm 1,2$  до  $2,0 \pm 0,8$  ( $p < 0,01$ ).

По тесту Холл в группе «Контроль» наблюдалось увеличение общего балла эмоционального интеллекта с  $34,6 \pm 21,5$  до  $41,2 \pm 20,5$  ( $p < 0,05$ ) и увеличение балла по

параметру «самотивация» с  $7,5 \pm 6,5$  до  $9,5 \pm 4,8$  ( $p < 0,03$ ). В группе «БАК» достоверных изменений по шкале Холл не наблюдалось.

По тесту Чумакова в группе «Контроль» выявлено увеличение общего балла с  $46,4 \pm 12,6$  до  $49,2 \pm 11,4$  ( $p < 0,05$ ) и по параметру «внимательность» с  $6,3 \pm 2,5$  до  $7,1 \pm 2,0$  ( $p < 0,03$ ). В группе «БАК» наблюдалось увеличение общего балла с  $43,0 \pm 12,5$  до  $47,6 \pm 10,2$  ( $p < 0,05$ ). По отдельным показателям теста Чумакова в группе «БАК» достоверных изменений не выявлено.

В результате проведенного исследования установлено улучшение показателей в группах «Контроль» и «БАК» по тестам PANSS и Чумакова. В тесте Холл положительная динамика наблюдалась только в группе «Контроль». Обращает внимание, что наиболее выраженные положительные изменения наблюдаются по шкале PANSS в группе «БАК»: улучшения выявлены по всем общим показателям, кроме того, по шкале положительных симптомов улучшилось 4 из 7 параметров, по шкале отрицательных симптомов улучшилось 6 из 7 параметров, по шкале общей психопатологии улучшилось 11 из 16 показателей. В группе «Контроль» динамика по шкале PANSS носит значительно менее выраженный характер: снизился суммарный балл только общей психопатологии, для отдельных показателей положительных симптомов уменьшение наблюдалось 1 из 7 параметров, отрицательных – 1 из 7, общей психопатологии – 2 из 16.

Объективно, при наблюдении за пациентами, и ориентируясь на их мнение о проведенном лечении можно выделить основные признаки улучшения самочувствия: Практически все пациенты отмечали, что стало легче разговаривать и самим вступать в контакт с другими людьми. Исчезло ощущение внутреннего напряжения, улучшились настроение и сон, прошла тревога. Многие пациенты отмечали, что начали лучше чувствовать свои эмоциональные проявления.

Так же наблюдения показали, что у 2х из 55 пациентов наступило ухудшение самочувствия после 3 сеанса. Появилась выраженная тревога и начались «голоса», хотя на момент проведения процедур состояние было стабильным. В связи с чем процедуры пришлось прекратить. Два пациента отказались от проведения БАК после 6-и сеансов, т.к. звуки при проведении процедуры вызывали тревогу, раздражение и неприятные мысли. Еще 2 пациента не были взяты в исследование, т.к. отказались сразу же после первого сеанса.

Вывод. Не исключено, что включение процедур биоакустической коррекции в комплексную реабилитацию пациентов, страдающих шизофренией, увеличит эффективность проводимых психореабилитационных мероприятий т.к. поможет снизить выраженность проявлений психопатологической симптоматики у данной категории пациентов. Данное исследование планируется продолжить.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА КОГНИТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

**Савина М.А.**

Научный центр персонализированной медицины  
Москва

*EMOTIONAL REACTIONS DURING COGNITIVE EXAMINATION IN PATIENTS WITH  
LATE-ONSET PSYCHOSIS*

*Savina M.A.*

Введение. В литературе известно несколько типов эмоциональных реакций (ЭР) на обследование. Так, особое поведение пациентов при депрессивной псевдодеменции выражается в частых ответах «я не знаю» и отсутствием явных минимальных усилий, чтобы ответить по существу.