

На правах рукописи



Самойлова Дарья Дмитриевна

**Перспективы развития психосоциальной реабилитации
в системе оказания психиатрической помощи пациентам
с параноидной шизофренией**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Барыльник Юлия Борисовна

Официальные оппоненты:

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», отдел организации психиатрических служб, заведующая отделом

Шмилович Андрей Аркадьевич, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии, доцент кафедры

Лутова Наталия Борисовна, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение интегративной фармако-психотерапии психических расстройств, руководитель, главный научный сотрудник

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Защита диссертации состоится «21» декабря 2022 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Zubovskiy bulvar, d.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2022 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.24
доктор медицинских наук, доцент



Зиновьева Ольга Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность темы исследования

В последние годы многие исследователи указывают на необходимость системного подхода к развитию психиатрической науки и практики, совершенствования ее методических основ при разработке современных тенденций оказания помощи населению с акцентом на психосоциальную реабилитацию (Лиманкин О.В., 2015; Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А., 2016; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2016; Шашкова Н.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., 2018; Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Трусова А.В. с соавт., 2021; Шмилович А.А., 2021; Sanches S.A., Swildens W.E., Schaefer B. et al., 2020).

Многочисленные исследования, направленные на изучение «бремени» психической патологии, доказывают, что в последнее время психические расстройства, в том числе и параноидная шизофрения, вошли в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах мира. В соответствии с этим политика Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья заключается в интеграции и координации усилий государственных и общественных структур по улучшению психического здоровья населения, совершенствованию психиатрической помощи, развитию и внедрению принципов психосоциальной реабилитации (Шевченко Л.С., 2004; Дмитриева Т.Б., 2006; Незнанов Н.Г. 2009; Лиманкин О.В., 2015; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., 2020; Шмилович А.А., Толмачева А.И., 2021; Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021; Kessler R.C., Ustun T.B., 2008; Knapp M., Veecham J., McDavid D. et al., 2011).

Отличительной положительной стороной развития отечественной психиатрии последних десятилетий является перемещение акцента в планировании и организации служб на региональный уровень. Региональная модель психиатрической службы должна предусматривать децентрализацию, специализацию помощи, преемственность и сбалансированность стационарного и амбулаторного звеньев, уход от традиционной изолированности, приоритетное развитие внебольничных служб, мультидисциплинарный характер помощи,

активное использование лечения и психосоциальной реабилитации, тесную интеграцию психиатрической службы с общественными институтами и звеньями регионального здравоохранения, соответствие структуры службы потребностям основных групп пациентов, в том числе страдающих параноидной шизофренией (Казаковцев Б.А., Творогова Н.А., Николаева Т.А. с соавт. 2015; Лиманкин О.В., 2015; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018; Солохина Т.А., Тюменкова Г.В., Данилова С.В., 2021).

Психосоциальная реабилитация психически больных и инвалидов представляет собой актуальную медико-социальную проблему в связи с ростом распространенности и увеличением численности лиц с данной патологией. Для оценки инвалидности с точки зрения биопсихосоциальной модели рекомендовано, наряду с Международной классификацией болезней (МКБ), использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), являющуюся важным инструментом документирования характеристик инвалидности, определения профиля функционирования и определяющую приоритетные реабилитационные направления. Необходимость комплексной реабилитации обусловлена тем, что психические расстройства и, особенно, параноидная шизофрения приводят к выраженным изменениям личности, социальной дезадаптации и значительно снижают способность пациентов к социальному функционированию (Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я., 2009; Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П., 2010; Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е., 2017; Шмуклер А.Б., 2017; Prosser A., Helfer B., Leucht S., 2016; Yilmaz Karaman İ.G., İzci Kasal M., İngeç C. et al., 2020).

В последнее время особое внимание уделяется дебюту параноидной шизофрении, в частности первому психотическому эпизоду (ППЭ). Пролонгированное течение болезни, склонность к хронификации и повторным обострениям, относительная успешность фармакотерапии осложняют ситуацию. В итоге пациенты с параноидной шизофренией демонстрируют социальную недостаточность в той или иной степени, снижение трудоспособности или полную ее утрату (в 40% у мужчин и в 25% у женщин отмечается инвалидизация различной степени). (Гурович И.Я. с соавт., 2003; Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г., 2006; Марута Н.А., 2007; Мовина Л.Г., 2007; Савин А.А., 2011; Fusar-Poli P., McGorry P.D., Kane J.M., 2017).

В соответствии федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению шизофрении (Москва, 2013) на начальных этапах лечения предусматривается обязательное проведение психообразовательной работы с пациентами и их семьями, применение когнитивно-поведенческой и иных форм психотерапии с целью осознания болезни, сущности терапевтического процесса и восстановления социального функционирования. При осуществлении психосоциальных вмешательств отмечается повышение качества ремиссии, снижение частоты повторных госпитализаций в 3,8 раза, снижение нагрузки на семью, повышение качества жизни и социального функционирования, а также улучшение отношений с окружающими (Мовина Л.Г., 2007; Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я., 2009; Савин А.А., 2011; Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021; Barrios M., Guilera G., Selb M., Gómez-Venito J., 2016).

На протяжении длительного времени во многих странах значимость вклада общественного движения в развитие психиатрической службы, в проведение программ психосоциальной реабилитации не вызывает сомнений, однако анализ литературных данных подтверждает отсутствие в настоящее время четкой доступной модели психосоциальной реабилитации больных с психическими расстройствами (Солохина Т.А., 2021). Обзор современных концепций реабилитации в проанализированных источниках показал их многообразие и отсутствие единого подхода к разработке целевых программ развития психиатрической помощи в регионах, ориентированных с одной стороны на охрану психического здоровья населения, развитие психореабилитационных направлений, с другой стороны, учитывающих определенные задачи местного уровня (Лиманкин О.В., 2015; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018; Солохина Т.А., 2021; Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S. et al., 2001; Bin Kitoko G.M., Maurages P., Mampunzama ma Miezi S. et al., 2020).

Степень разработанности темы исследования

Многообразие тенденций, отсутствие унифицированного подхода к проведению психосоциальной реабилитации в психиатрии свидетельствуют о необходимости создания программ психореабилитационных мероприятий для пациентов с параноидной шизофренией.

Цель исследования – изучить влияние фактора психосоциальной реабилитации на эффективность комплексного лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией, а также разработать и научно обосновать современные принципы, оптимальную организационную модель и алгоритм проведения психореабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала для повышения качества оказания психиатрической помощи.

В соответствии с поставленной целью предполагается решить следующие **задачи:**

1. Изучить медико-демографическую и клиническую структуру лиц с психическими расстройствами и показатели деятельности психиатрических учреждений в г. Саратове и Саратовской области в динамике за последние 10 лет (2009–2018 гг.).

2. Сформулировать принципы персонифицированного подхода к пациентам с параноидной шизофренией с учетом потребностей в различных видах психиатрической помощи, а также предложить шкалу комплексной оценки результата лечения, основанную на показателях диагностических шкал для динамической оценки тяжести психического состояния пациентов, оптимизации алгоритма оказания помощи и прогнозирования результата лечения.

3. Предложить в качестве метода когнитивного тренинга использование компьютеризированного варианта теста Векслера, разработать «Анкету участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов» с параноидной шизофренией, позволяющую определить уровень комплаентности и оптимизировать психосоциальную реабилитацию.

4. Разработать прогностические критерии оценки тяжести психического состояния пациентов, страдающих параноидной шизофренией, и провести анализ влияния на эффективность лечения различных факторов.

5. Разработать математическую модель определения прогностических критериев результата лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией, для оптимизации подходов к комплексной психосоциальной реабилитации.

6. Создать модель Центра психосоциальной реабилитации пациентов в системе психиатрической помощи г. Саратова и Саратовской области с учетом

преемственности, этапности оказания помощи, маршрутизации, сроков пребывания пациентов и предложить оптимальный алгоритм психосоциальной реабилитационной помощи.

Научная новизна исследования

Впервые проведен комплексный детальный анализ медико-демографической ситуации в г. Саратове и Саратовской области за последние десять лет. Всесторонне проанализированы эффективность работы психиатрических учреждений Саратовской области, изменчивость основных показателей деятельности учреждений в динамике за последние десять лет.

Впервые установлены с использованием корреляционного анализа наиболее сопряженные связи между медицинскими и демографическими показателями с одной стороны и диагностическими и клиническими индикаторами с другой стороны, выявлены связи с результатами деятельности региональной психиатрической службы, что позволяет прогнозировать и оценивать эффективность деятельности амбулаторного и стационарного звеньев.

Впервые проведено комплексное динамическое (лонгитюдное), активное, проспективное, когортное, рандомизированное исследование с применением мета-анализа, корреляционно-регрессионного, факторного, дисперсионного анализов с учетом влияния факторов психосоциальной реабилитации, длительности расстройства, наблюдения и вида проводимой терапии на результат лечения больных параноидной шизофренией с выраженной социальной дезадаптацией в психиатрических учреждениях Саратова и Саратовской области.

Впервые на основании критериев оценки психического состояния больных параноидной шизофренией по результатам используемых диагностических шкал разработана новая шкала комплексной оценки результата лечения, позволяющая оптимизировать анализ влияния различных методов терапии, адаптировать диагностическую тактику и маршрутизацию, а также персонифицировать алгоритм лечения и психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

Впервые апробирован алгоритм и доказана эффективность применения в качестве когнитивного тренинга у больных параноидной шизофренией компьютеризированного варианта теста Векслера, позволяющего обеспечить

персонифицированный подход для повышения когнитивного статуса и адаптационного потенциала.

Впервые разработан авторский опросник для родственников, отражающий степень их вовлеченности в процесс психосоциальной реабилитации и позволяющий прогнозировать уровень реабилитационного потенциала пациентов с параноидной шизофренией.

Впервые предложена модель Центра психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, включающего стационарное и амбулаторное реабилитационные отделения, а также Школы психосоциальной реабилитации.

Впервые разработана оптимальная модель комплексной психосоциальной реабилитационной помощи пациентам с параноидной шизофренией на фоне адекватной, непрерывной психофармакотерапии. Разработанная модель основана на принципах преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями психиатрической службы, ориентирована на региональные особенности психиатрической помощи пациентам и рекомендована к применению на территории Саратовского региона.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные результаты исследования имеют базисное значение для разработки оптимальной модели оказания психиатрической помощи в регионе на основании всестороннего научного анализа структуры и показателей работы психиатрических учреждений. Научное обоснование современных подходов к формированию оптимальной региональной модели психиатрической помощи, включающей внедрение и развитие единых (унифицированных) направлений психосоциальной реабилитации, доказывает необходимость системного подхода к ее организации. Полученные в исследовании данные и разработанные практические рекомендации позволяют повысить эффективность и качество психиатрической помощи, определить основные принципы персонифицированного подхода, основанного на применении адекватных методов терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

В работе выявлены закономерности изменчивости и сопряженности связей показателей психического состояния пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от таких факторов, как психосоциальная реабилитации, длительность расстройства, наблюдения, вид фармакотерапии и определена степень их влияния на результат лечения. Разработана шкала комплексной оценки психического состояния пациентов с параноидной шизофренией для прогнозирования результата лечения и применения персонифицированного подхода.

Полученные данные имеют существенное значение для организации модели психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, основанной на принципе преемственности оказания помощи в амбулаторном и стационарном звеньях психиатрических учреждений Саратова и области, что позволит сократить сроки госпитализации, повысить качество ремиссий, улучшить качество жизни, увеличить уровень реинтеграции в социум, усилить приверженность к терапии на амбулаторном этапе, снизить частоту обострений и процент инвалидизации.

Разработанная автором шкала комплексной оценки психического состояния пациентов и уравнения множественной регрессии для прогнозирования результата лечения больных параноидной шизофренией позволяют персонифицировать алгоритм ведения пациентов данной категории.

Применение компьютерного варианта теста Векслера в качестве когнитивного тренинга позволит персонифицировать реабилитационную тактику ведения больных параноидной шизофренией.

Разработанная анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией может использоваться в качестве одного из методов обучающей программы психосоциальной реабилитации, обеспечивающей проведение пациент-ориентированных реабилитационных мероприятий.

Работа Центра психосоциальной реабилитации, включающего стационарное и амбулаторное отделения, и Школы психосоциальной реабилитации при амбулаторном отделении помогут обеспечить непрерывное системное ведение пациентов с параноидной шизофренией, с активным вовлечением родственников в процесс реабилитации. Бригадный, полипрофессиональный подход в работе Центра позволит решать проблемы диагностики, профилактики, лечения,

психосоциальной реабилитации, вопросы социально-правовой и организационно-методической направленности. Полученные результаты исследования имеют базисное значение для внедрения и развития оптимальной региональной модели психиатрической помощи на основе анализа структурного устройства и статистических показателей эффективности работы сети организаций психиатрического профиля. Полученные результаты исследования и предложенные практические рекомендации являются определяющими в повышении эффективности и качества в лечебно-психиатрической практике, определении основных принципов персонифицированного подхода, основанного на применении адекватных методов терапии и психосоциальной реабилитации.

Выявленные в работе закономерности влияния таких факторов, как психосоциальная реабилитация, длительность расстройства, вид фармакотерапии позволят прогнозировать результат лечения больных параноидной шизофренией.

Полученные данные имеют существенное значение для разработки модели психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, сочетающей фармакотерапию и психосоциальную реабилитацию, которая основана на принципе преемственности оказания помощи в амбулаторном и стационарном звеньях психиатрических учреждений Саратова и области. Предложенная модель позволит сократить сроки госпитализации, повысит качество ремиссий, улучшит качество жизни, увеличит уровень реинтеграции в социум, усилит приверженность к терапии на амбулаторном этапе, снизит частоту обострений и процент инвалидизации пациентов с параноидной шизофренией.

Работа Центра психосоциальной реабилитации, включающего стационарное и амбулаторное отделения, и Школы психосоциальной реабилитации при амбулаторном реабилитационном отделении помогут обеспечить непрерывное системное ведение больных с параноидной шизофренией с активным вовлечением родственников в процесс реабилитации. Бригадный, полипрофессиональный подход в работе Центра позволит решить проблемы диагностики, профилактики, лечения, психосоциальной реабилитации, социально-правовой и организационно-методической направленности.

Методология и методы исследования

Проведение диссертационного исследования было одобрено комитетом по этике (протокол №7 от 04.03.2014).

В исследование были включены 420 пациентов с параноидной шизофренией (F20.0), находившихся на лечении и наблюдавшихся с 2011 по 2018 гг. в наиболее крупных психиатрических учреждениях Саратовской области; из них 195 (46,4%) женщин и 225 (53,6%) мужчин. Средний возраст пациентов варьировал от 18 до 63 лет, в половых группах был сопоставим между собой и составлял $37,2 \pm 2,1$ года у женщин и $38,1 \pm 2,3$ года у мужчин.

Критериями включения пациентов в исследование являлось наличие установленного диагноза шизофрении, выраженное нарушение социальной адаптации, отсутствие выраженных соматических заболеваний и редукция острой психопатологической симптоматики на момент начала исследования.

Пациенты (n=420) были распределены на группы в зависимости от длительности заболевания: I (n=196) – пациенты с первым психотическим эпизодом (ППЭ), II (n=224) – пациенты, страдающие шизофренией пять лет и более. В каждой группе были выделены в зависимости от проводимой терапии по две подгруппы: IT (n=64), IA (n=35), IT (n=30) и IIА (n=62). IT и IT подгруппы получали препараты группы типичных нейролептиков; IA и IIА подгруппы получали препараты атипичных нейролептиков. В каждой подгруппе выделяли пациентов, получающих психореабилитацию: ITR (n=35), IAR (n=62), PTR (n=64), IIAR (n=68) и пациентов, которые получали терапию без реабилитации (группы сравнения): IT, IA, IT, IIА.

Обследование пациентов проводилось динамически и включало в себя четыре этапа наблюдения: стационарный этап (при купировании острой психотической симптоматики, перед выпиской), и еще три раза с частотой один раз в год при амбулаторном лечении (I, II, III, IV этапы). Так как отсутствовали статистически значимые различия на соседних этапах, для анализа были взяты только I и IV этапы, на которых различия изучаемых параметров достигали статистической значимости (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от применяемой схемы терапии

Длительность расстройства	Схема терапии	Шифр	Количество	%
I – Первый психотический эпизод	Типичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	ITR	35	8,3
	Типичные нейролептики	IT	64	15,2
	Атипичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	IAR	62	14,8
	Атипичные нейролептики	IA	35	8,3
II – Длительность расстройства более 5 лет	Типичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	II TR	64	15,2
	Типичные нейролептики	II T	30	7,2
	Атипичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	II AR	68	16,2
	Атипичные нейролептики	II A	62	14,8
Итого			420	100

Методами психосоциальной реабилитации были индивидуальная комплаенс-терапия, психообразовательная работа с пациентами и их родственниками в виде краткосрочного психосоциального вмешательства с использованием пособия, разработанного автором, а также когнитивный тренинг в виде компьютерного варианта теста Векслера.

При выполнении диссертационного исследования использовались следующие методы: клинический, клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, психодиагностический, статистический анализ. Исследование включало изучение амбулаторных и стационарных карт и применение таких диагностических шкал, как: шкала позитивных и негативных симптомов PANSS (Мосолов С.Н., 2001; Kay S.R., Opler L.A., Fiszbain A. et al. 1987, валидизация и апробация русскоязычной версии); психодиагностические методики для исследования социальных и когнитивных функций: методика «Hinting Task» (Corcoran R., Mercer G., Frith C.D., 1995, модификация Поляковой Н.Ю., 2007); методика на распознавание эмоций «Лица Экмана» (Экман П., 2010); опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., 1994); «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986); «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сильникова Л.И.,

Мовина Л.Г., 2002); разработанная автором анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией; стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера (компьютерный вариант WAIS 2.1.1).

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0». Применяли факторный, дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализы. Данные представлены в виде групповой медианы, стандартного отклонения, коэффициентов корреляции (r) и детерминации (R^2). Для оценки диагностической эффективности предложенных диагностических методов вычисляли надежность теста.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Изучение клинико-эпидемиологической ситуации в регионе дает возможность объективно оценить эффективность работы психиатрической службы и выявить проблемы в комплексной терапии и психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

2. Разработка региональных программ развития психиатрической помощи с учетом принципов психосоциальной реабилитации должна основываться на комплексном анализе показателей состояния психического здоровья населения и деятельности психиатрических служб. В региональных программах приоритет должен отдаваться наиболее эффективным формам оказания помощи, таким как организация полипрофессиональных стационарных и внестационарных отделений Центра психосоциальной реабилитации, использование резервов межведомственного взаимодействия и интеграция психиатрической службы с другими звеньями регионального здравоохранения.

3. Применение системного подхода при разработке модели психиатрической помощи, включающей программы психосоциальной реабилитации, позволяет объективно определять ее приоритеты, устанавливать наиболее значимые связи между медико-демографическими, клиническими индикаторами и результатами деятельности служб психического здоровья, строить оперативные и долговременные прогнозы, оценивать эффективность деятельности ее различных звеньев.

4. Комплексная оценка психического состояния пациентов с параноидной шизофренией с применением клинико-психопатологического и психометрического методов диагностики (шкала PANSS; методики «Hinting Task», «Лица Экмана»; тест Векслера; опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; шкала приверженности лечению Мориски-Грина) в динамике позволяют объективно оценить тяжесть психического состояния пациентов, персонифицировать алгоритм лечения и режим проведения психореабилитационных мероприятий.

5. Наибольшее влияние на изменение психического состояния и улучшение социальной адаптации больных параноидной шизофренией оказывают такие факторы, как психосоциальная реабилитация, длительность расстройства и лечения, вид фармакотерапии.

6. Разработанная собственная шкала комплексной оценки результата лечения позволяет оценить эффективность психореабилитационных мероприятий и определить дальнейший алгоритм и тактику проведения психосоциальной реабилитации пациентов.

7. Персонифицированный подход для улучшения когнитивного функционирования пациентов с параноидной шизофренией позволяет использовать компьютеризированный вариант теста Векслера в качестве метода когнитивного тренинга, а разработанная анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов определяет уровень реабилитационного потенциала.

8. Такие методы пациент-ориентированной психосоциальной реабилитации, как комплаенс-терапия, когнитивный тренинг, краткосрочные психосоциальные вмешательства, психообразовательная работа вносят значительный вклад в уменьшение степени выраженности психических нарушений и позволяют значительно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов с параноидной шизофренией.

Личный вклад автора

Автором разработан дизайн исследования, сгруппированы репрезентативные выборки объектов наблюдения, сформирован комплекс современных, адекватных, адаптированных на территории Российской Федерации

диагностических методик определения тяжести психического статуса больных параноидной шизофренией, проведен глубокий детальный анализ полученных результатов с применением современных вариационно-статистических методов, подготовлены научные публикации, сформулированы выводы и практические рекомендации, текст диссертации и автореферата. Разработана модель Центра и Школы психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в практику амбулаторной и стационарной психиатрической службы Саратовской области, а также в учебный процесс кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России при проведении практических занятий и чтении лекционного курса.

В разработанном психообразовательном «Пособии для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников» изложены основные проявления клинической картины расстройства и даны практические рекомендации. Также представлена информация о службах помощи, основных социальных, медицинских и юридических организационных аспектах при взаимодействии с обществом в рамках данного расстройства.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность полученных автором результатов основывается на глубоком изучении и анализе с позиций доказательной медицины достаточного количества объектов исследования для получения статистически значимых результатов, а также на применении современных высокоинформативных методик клинического исследования и адекватных методов статистической обработки полученных результатов.

Основные положения диссертации доложены и апробированы на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России в 2014 году, на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической

психологии» (Саратов, 2015, 2016, 2017, 2020, 2021); на III Хорватско-Российском Международном конгрессе духовной психиатрии (Хорватия, 2015); на XV Международном форуме, посвященном тревоге и депрессии (Прага, 2015); на Международном конгрессе «Mental Health, Direction and Challenges» (Тбилиси, 2016), на 25 Европейском психиатрическом конгрессе ЕРА 2017 (Флоренция, 2017); на конкурсе в рамках Международного молодежного научного форума «Ломоносов» под эгидой Российского Союза ректоров и при поддержке Центра стратегии развития образования МГУ имени М.В. Ломоносова; на V Фестивале реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?» (Казань, 2019); на Всероссийской межвузовской научно-практической конференция с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (Москва, 2020).

Автор награждена дипломом за заслуги в сфере психосоциальной реабилитации людей с психическими особенностями (Союз охраны психического здоровья, Казань, 2019).

Апробация диссертации состоялась 10 сентября 2020 года на заседании проблемной комиссии по внутренним болезням ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология в пунктах 1, 3-15, 17.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертационного исследования опубликовано 23 научные работы, в том числе 13 – в журналах, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук, две статьи опубликованы на английском языке; 1 иная публикация по результатам исследования; 9 публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций (из них 3 зарубежные конференции).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 363 страницах машинописного текста (292 страницы – основной текст, 33 страницы – указатель цитированной литературы); состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы (299 наименования, из 20 них 131 зарубежных), приложений. Диссертация иллюстрирована 80 рисунками и 4 формулами. Цифровой материал представлен в 74 таблицах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Проведен анализ медико-демографических показателей Саратовской области. Анализ показал, что с начала 2009 г. до 2018 г. в области наблюдается устойчивая депопуляция населения, прирост населения остается отрицательным. Так, показатель численности населения к 2018 г. снизился на 4,2% по сравнению с 2009 годом, причинами снижения являются естественная убыль населения, демографические и миграционные процессы, преобразование городских поселений в сельские населенные пункты. Также выявлено, что такие показатели, как «Численность населения» и «Рождаемость», «Численность населения» и «Смертность», «Смертность» и «Рождаемость» связаны между собой значительно и тесно с различной направленностью (коэффициенты корреляции соответственно составляют -0,84, 0,74, -0,72).

Проведен анализ показателей деятельности наиболее крупных психиатрических учреждений Саратовской области. В целом, показатели эффективности работы коечного фонда проанализированных учреждений города и области свидетельствуют о тенденции сокращения коечной мощности; показатели коечного фонда остаются стабильными вследствие недостатка стационарозамещающей, амбулаторной помощи. Сохраняются высокие показатели средней длительности пребывания больных в стационарах, низкий оборот койки.

Изучена динамика основных эпидемиологических показателей пациентов с психическими расстройствами (в частности шизофренией) в Саратове, Саратовской области и Российской Федерации. За последние 10 лет число взятых

под диспансерное наблюдение психически больных заметно уменьшилось. Так, показатель по Саратовской области в 2009 году составил 1688,0 в расчете на 100 тыс. населения, тогда как в 2018 году – 1556,1 на 100 тыс. населения (снизился на 7,9%). По городу Саратову отмечалась аналогичная тенденция – показатель снизился с 1641,8 до 1494,4 человек на 100 тыс. населения (на 9,0%).

В структуре всех психических расстройств распространенность шизофрении достаточно высока. Так, в 2018 году доля пациентов с шизофренией, состоящих на диспансерном наблюдении, из общего количества больных с психическими расстройствами по Саратовской области составила 24,4%, по Саратову – 33,6%, тогда как по РФ – 13,8%. При анализе уровня заболеваемости больных с впервые в жизни установленным диагнозом «Психические расстройства» (шизофрения, непсихотические психические расстройства и умственная отсталость) по городу Саратову превышал аналогичный показатель по Саратовской области. В 2009 году общий уровень заболеваемости психическими расстройствами по Саратовской области составил 63,1 на 100 тыс. населения., максимальные значения данного показателя отмечались в 2010, 2013 и 2017 гг. (68,7; 68,4 и 68,9 на 100 тыс. населения соответственно), минимальные – в 2016 и 2018 гг. (56,6 и 57,8 на 100 тыс. населения соответственно). Заболеваемость шизофренией среди всех психических расстройств как по городу, так и по области с 2009 по 2018 гг. характеризуется в основном динамикой в виде уменьшения показателя, что согласуется с данными по РФ. При этом можно отметить, что уровень заболеваемости шизофренией и по Саратову, и по Саратовской области был выше, чем в РФ. Показатель «Число посещений психиатра по поводу психических заболеваний» увеличился на 12% по области (109,5 на 1000 жителей) и на 19,8% по городу (119,8 на 1000 жителей). При анализе показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» по Саратову и Саратовской области, отмечается динамика в виде уменьшения числа пациентов. В 2009 году значения данного показателя составили 39,8 на 100 тыс. населения по городу и 40,4 на 100 тыс. населения по области. В 2018 году отмечалось снижение количества снятых с диспансерного наблюдения больных на 18,3% по области (32,5 на 100 тыс. населения) и на 27,7% по городу (29,2 на 100 тыс. населения). Число больных с шизофренией, имеющих впервые установленную группу инвалидности, в Саратовской области снизилось на 57,7%, т.е. с 242 пациентов до 102 (для сравнения, по РФ в целом снижение аналогичного показателя составило

21,4%). При анализе числа пациентов с повторно подтвержденной инвалидностью в динамике за 10 лет выявлено, что в период с 2009 по 2018 гг. отмечалось их постепенное снижение на 58,8%, т.е. с 1693 до 698 человек.

Полученные результаты раскрывают существующие недостатки в организации оказания психиатрической и реабилитационной помощи на территории Саратовской области. Недостаточное внимание оказывается психосоциальной реабилитации в комплексной терапии пациентов с психическими расстройствами, что, по-видимому, объясняется тем, что на врачей психиатрических учреждений приходится основная нагрузка при оказании психиатрической помощи, поэтому приоритет отдается фармакотерапии и недостаточное внимание уделяется психореабилитационному звену.

Для оценки психического состояния больных параноидной шизофренией использовался набор шкал, способных измерить в баллах разные аспекты жизни пациентов данной категории. В таблицах приведены градации баллов состояния пациентов по различным шкалам: шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS); опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (СФ и КЖ); методика оценки эмоционального интеллекта «Лица Экмана»; методика оценки социального интеллекта «Hinting Task»; «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» (Таблица 2, 3, 4).

Таблица 2 – Оценка психического состояния (субъективный аспект) пациентов с параноидной шизофренией по «Опроснику для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных»

Шкала	Психическое состояние пациента		
	«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
КЖ и СФ 1-4 (10 показателей)	10-20	20-30	30-40
Балл комплексной оценки результата лечения	1	2	3

Выделены три степени психического состояния больных шизофренией для комплексной оценки результатов лечения пациентов в исследуемых парах групп: «неудовлетворительное», «удовлетворительное», «хорошее».

Таблица 3 – Оценка психического состояния (социальный аспект) пациентов с параноидной шизофренией по методикам «Лица Экмана», «Hinting Task», «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина»

Шкала	Психическое состояние пациента		
	«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
Мориски-Грина 0-4 (+1)	1	2-3	4-5
«Hinting Task» 0-20 (+1)	1-7	7-15	15-21
«Лица Экмана» 0-14 (+1)	1-5	5-11	11-15
Общий балл	3-13	14-29	30-41
Балл комплексной оценки результата лечения	1	2	3

Каждой категории был присвоен балл: 1, 2 и 3 соответственно. Для каждой из шкал согласно данной градации предложены диапазоны баллов. Так как в комплексной оценке психического состояния пациентов применяли по 3 шкалы, минимальное количество баллов составляет 3, максимальное – 9. Методом сигмальных отклонений вариационный ряд разбит на интервалы: при результате лечения в 3–4 балла прогноз неблагоприятный (психическое состояние «неудовлетворительное» и оценивается в 1 балл), в 5-7 баллов – прогноз и состояние «удовлетворительные» (оцениваются в 2 балла), в 8–9 баллов – прогноз благоприятный (психическое состояние «хорошее», оценивается в 3 балла).

Таблица 4 – Оценка психического состояния (клинический аспект) пациентов с параноидной шизофренией

Шкала	Психическое состояние пациента		
	«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
PANSS P 49-7	49-36	36-20	20-7
PANSS N 49-7	49-36	36-20	20-7
PANSS G 112-16	112-80	80-48	48-16
Общий балл	210-152	152-88	88-30
Балл комплексной оценки результата лечения	1	2	3

Шкала комплексной оценки результата лечения разработана и апробирована автором и ранее не применялась. Комплексная оценка состояния больных по данной шкале помогает оптимизировать анализ влияния различных методов терапии, упростить диагностическую тактику, прогнозировать результаты

лечения и персонифицировать алгоритм лечения пациентов с шизофренией с целью снижения социальной дезадаптации.

При обследовании по шкале для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных установлены вектор и степень значимости изменения изучаемых показателей качества жизни и социального функционирования в зависимости от вида фармакотерапии, длительности расстройства и лечения, а также наличия проводимых реабилитационных программ. При анализе влияния вида фармакотерапии на показатели качества жизни и социального функционирования в пределах I и IV этапов были отмечены более высокие значения практически всех параметров опросника при назначении атипичных антипсихотиков, у показателя «Интеллектуальная продуктивность» баллы также были выше в данной группе, но лишь на IV этапе наблюдения. У пациентов, получающих типичные нейролептики, изучаемый показатель составляет 2,81 балла, что статистически значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (3,04 балла) ($p=0,002$).

В зависимости от этапа терапии при приеме атипичных нейролептиков максимальные («наиболее впечатляющие») изменения параметров были отмечены при оценке признаков «Общее благополучие» (признак растет независимо от вида применения нейролептика до 2,78 балла ($p=0,04$) при приеме типичных антипсихотиков и до 3,18 балла ($p=0,03$) при приеме атипичных; «Удовлетворенность здоровьем» (при применении атипичного нейролептика показатель составляет 2,95 балла, что превышает влияние типичного нейролептика (2,68 балла) на I этапе, на IV этапе терапии данные показатели соответственно составляют 3,19 и 2,85 балла) ($p<0,05$); «Физическая работоспособность» (признак растет независимо от вида применяемого нейролептика до 2,76 балла ($p=0,02$) при приеме типичных нейролептиков и до 2,98 балла ($p=0,004$) при приеме атипичных и «Интеллектуальная продуктивность» (при терапии атипичными нейролептиками балл статистически значимо растет до 3,04) ($p=0,002$).

При анализе результатов исследования в зависимости от наличия проводимых реабилитационных программ, в группе реабилитируемых пациентов в пределах обоих этапов лечения максимальными были такие показатели как «Трудоспособность» (2,93 и 2,84 балла соответственно) и «Удовлетворенность жилищными условиями» (3,35 и 3,32 балла соответственно), показатель «Общее

«благополучие» также имел высокие значения в данной группе пациентов, но лишь на IV этапе лечения (3,04 балла).

В зависимости от этапа терапии показатели «Общее благополучие» (3,04 балла), «Удовлетворенность здоровьем» (3,05 балла), «Удовлетворенность материальным положением» (2,35 балла), «Физическая работоспособность» (2,81 балла), «Интеллектуальная продуктивность» (2,80 балла) и «Контакт с окружающими» (3,14 балла) в группе реабилитируемых пациентов увеличивались наиболее значимо.

В зависимости от длительности расстройства в пределах обоих этапов лечения в группе пациентов с ППЭ по сравнению с длительно болеющими пациентами наиболее значимыми («впечатляющими») были показатели «Удовлетворенность жилищными условиями», «Удовлетворенность одеждой», «Физическая работоспособность», «Интеллектуальная продуктивность» и «Контакт с окружающими». В зависимости от этапа терапии в группе пациентов с ППЭ показатели «Общее благополучие» (2,87 балла), «Удовлетворенность здоровьем» (2,88 балла) и «Физическая работоспособность» (2,94 балла) были выше к концу наблюдения (Рисунок 1).

На основании собственно разработанной шкалы комплексной оценки результатов лечения (ШКОРЛ) в исследуемых группах на I и IV этапах лечения были получены следующие средние значения: IT – 2,3 и 2,3; ITR – 2,0 и 2,4; IA – 2,2 и 2,2; IAR – 2,6 и 2,7; IIT – 1,9 и 2,0; IITR – 2,4 и 2,5; IIA – 2,5 и 2,6; IAR – 2,2 и 2,4 балла соответственно.

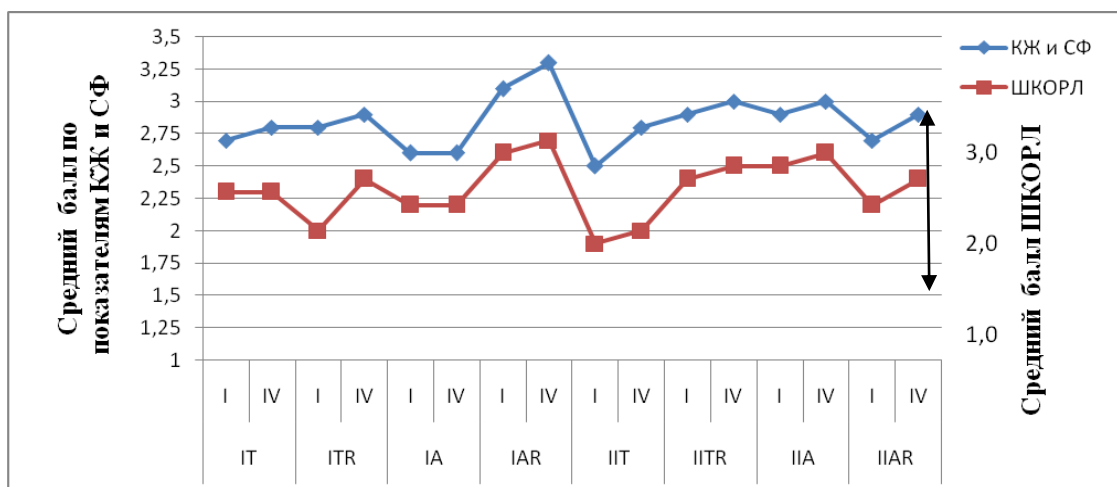


Рисунок 1 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по показателям шкалы КЖ и СФ со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

При проведении шкалы PANSS установлены вектор, показывающий направление изменения признака (клинических симптомов) в парах групп и степень значимости (p) изменения изучаемых показателей психического состояния пациентов в зависимости от вида фармакотерапии, длительности заболевания, а также наличия проводимых реабилитационных программ. При анализе результатов исследования в зависимости от изучаемых факторов, все показатели шкалы PANSS снижались на IV этапе лечения, что говорит о благоприятном воздействии длительного амбулаторного динамического наблюдения за пациентами с параноидной шизофренией.

При анализе динамики продуктивных симптомов наиболее выраженное снижение симптоматики на IV этапе по сравнению с I отмечено в IT (от 21,0 до 15,0 баллов, на 28,6%), ITT (от 23,8 до 18,9, на 20,6%), ITR (от 19,6 до 15,0, на 23,5%), IAR (от 20,1 до 11,3, на 43,8%) и IAR (от 23,6 до 14,0, на 40,7%) группах. Наиболее значительное снижение негативной симптоматики на IV этапе наблюдения по сравнению с I отмечено в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики (IA – 19,6 и 10,2 балла, на 48,0%; IA – 24,3 и 12,3, на 49,0%) и, особенно, в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитационными мероприятиями (IAR – 17,1 и 8,2, на 52,1%; IAR – 25,4 и 10,9, на 57,1%). Снижение общей симптоматики наиболее значимо было отмечено в группах пациентов, получающих, наряду с нейролептиками, психосоциальную реабилитацию: ITR – 41,8 и 27,3 балла, на 34,7%; IAR – 44,1 и 22,2, на 49,7%; ITR – 48,0 и 27,7, на 42,3%; IAR – 47,6 и 27,7, на 41,8%.

Оценка результата лечения по ШКОРЛ на I и IV этапах показала, что наилучший результат лечения отмечен в группах по убыванию: IAR – 2,4 и 3,0 балла, на 20,0%; IAR – 2,4 и 2,9, на 17,2%; ITR – 2,3 и 2,8, на 17,9%; IA и ITR – 2,4 и 2,8, на 14,3%. Корреляционный анализ подтверждает улучшение результатов лечения при снижении клинической симптоматики по шкале PANSS.

В соответствии с предложенной шкалой комплексной оценки результата лечения, оценивающей психическое состояние пациентов в группах исследования от 1 до 3 баллов (1 – «неудовлетворительный» результат, 2 – «удовлетворительный», 3 – «хороший») получены следующие результаты на I и IV этапах лечения: IT – 2,1 и 2,6; ITR – 2,4 и 2,8; IA – 2,4 и 2,8; IAR – 2,4 и 3,0; ITT – 2,2 и 2,5; ITR – 2,3 и 2,8; IA – 2,2 и 2,6; IAR – 2,4 и 2,9 балла соответственно.

В данной работе сделан акцент на более тщательное изучение двух социальных феноменов – эмоционального и социального интеллекта. Так, при проведении методики «Лица Экмана» установлены вектор и степень значимости изменения показателей эмоционального интеллекта пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от таких факторов, как вид фармакотерапии, длительность расстройства, а также наличие в лечебном комплексе психореабилитационных мероприятий.

При анализе результатов исследования в зависимости от изучаемых факторов, наиболее высокие показатели отмечались в группах пациентов с ППЭ, получающих терапию атипичными нейролептиками, при этом наилучшие показатели были отмечены на IV этапе лечения у реабилитируемых пациентов. Так показатель состояния пациентов с первым психотическим эпизодом статистически значимо выше и на I этапе лечения (5,2 балла), и на IV этапе (5,8 балла) ($p < 0,05$). В паре групп с отсутствием и наличием реабилитационных программ у пациентов, получающих психосоциальную реабилитацию, отмечен «правильный порядок» между I и IV этапами наблюдения (5,4 и 6,0 балла) и различия статистически значимы ($p = 0,04$). Состояние нерезабилитируемых пациентов оценивается в 4,5 балла на I этапе и 4,6 балла на IV, различия статистически незначимы ($p = 0,09$) (Рисунок 2).

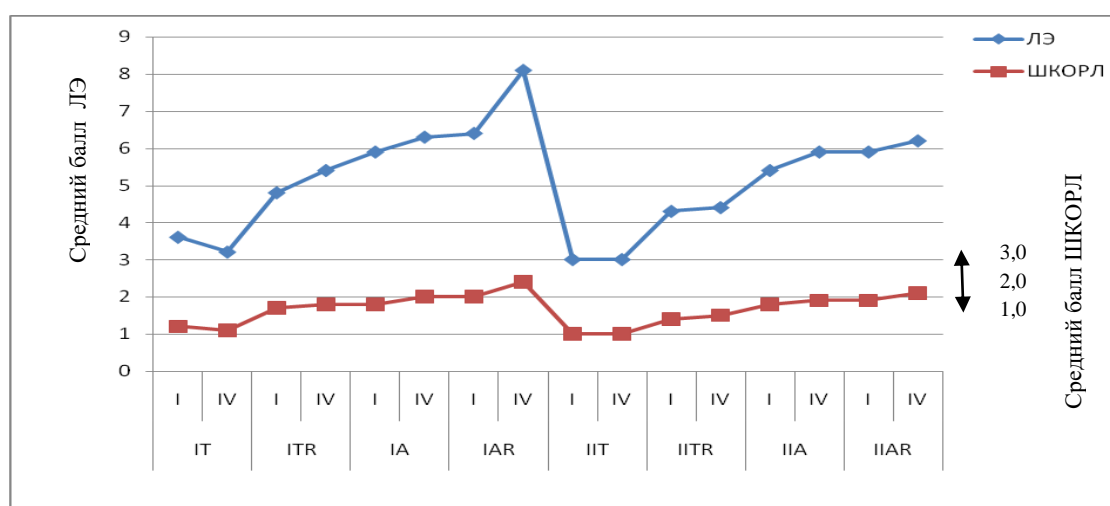


Рисунок 2 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по методике «Лица Экмана» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

При анализе соразмерности оценки состояния пациентов и изучаемых группах с результатами лечения по шкале комплексной оценки выявлено, что у

лиц, принимающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитацией, показатели эмоционального интеллекта по методике «Лица Экмана» выше по сравнению с группой TR (IAR – 6,4 и 8,1 балла, IIAR – 5,9 и 6,2 балла; ITR – 4,8 и 5,4 балла, IIITR – 4,3 и 4,4 балла на I и IV этапах соответственно). Подобная картина наблюдается и при оценке результатов лечения по предложенной шкале комплексной оценки (IAR – 2,0 и 2,4 балла, IIAR – 1,9 и 2,1 балла; ITR – 1,7 и 1,8 балла, IIITR – 1,4 и 1,5 балла на I и IV этапах соответственно)

При анализе результатов уровня социального интеллекта по методике «Hinting Task» установлены направление и степень изменения показателя социального интеллекта в парах групп в зависимости от влияния факторов: вид фармакотерапии, наличие реабилитации, длительность расстройства и лечения. Наиболее впечатляющий эффект отмечен в группах первичных реабилитируемых пациентов, получающих атипичные антипсихотики. При назначении типичных нейролептиков состояние больных оценивается в 15,7 балла и статистически значимо увеличивается при назначении атипичных до 18,7 балла на 16,0% (на I этапе наблюдения). Еще более выраженные изменения в зависимости от применяемого нейролептика отмечаются на IV этапе (при назначении атипичных нейролептиков показатель увеличивается до 19,5 балла) (Рисунок 3).

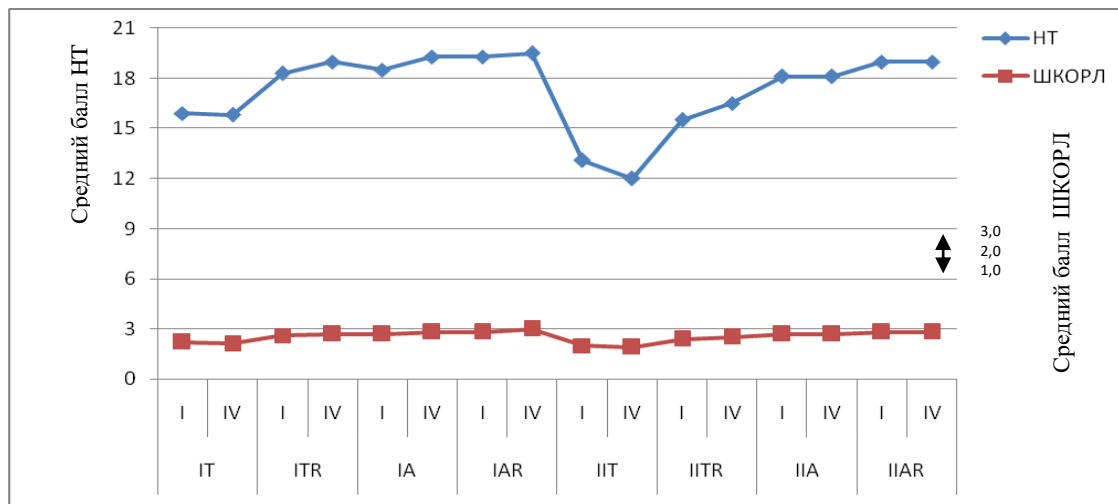


Рисунок 3 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по методике «Hinting Task» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

В группах с реабилитацией показатель социального интеллекта на I этапе составил 18,0 баллов, на IV – 19,0 баллов («порядок правильный», различия статистически значимы, $p < 0,05$) по сравнению с группами не реабилитируемых

пациентов (16,4 и 16,3 балла соответственно). У первичных пациентов показатель социального интеллекта значительно выше (18,0 и 18,9 балла на I и IV этапах наблюдения) по сравнению с длительно болеющими (16,4 балла на обоих этапах), различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Выявлены закономерности изменчивости показателя комплаенса в исследуемых выборках при применении шкалы Мориски-Грина. Наиболее комплаентными являются пациенты, получающие атипичные нейролептики в сочетании с реабилитационными мероприятиями. Установлены направление и степень изменения показателя комплаентности в парах групп в зависимости от влияния факторов: вид фармакотерапии, реабилитация, длительность расстройства и лечения. Наиболее впечатляющий эффект отмечен в группах реабилитируемых пациентов, получающих атипичные нейролептики (3,2 и 3,3 балла соответственно на I и IV этапах), которые влияют более значительно на исход лечения и адаптационные возможности пациента по сравнению с типичными (2,5 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Рисунок 4).

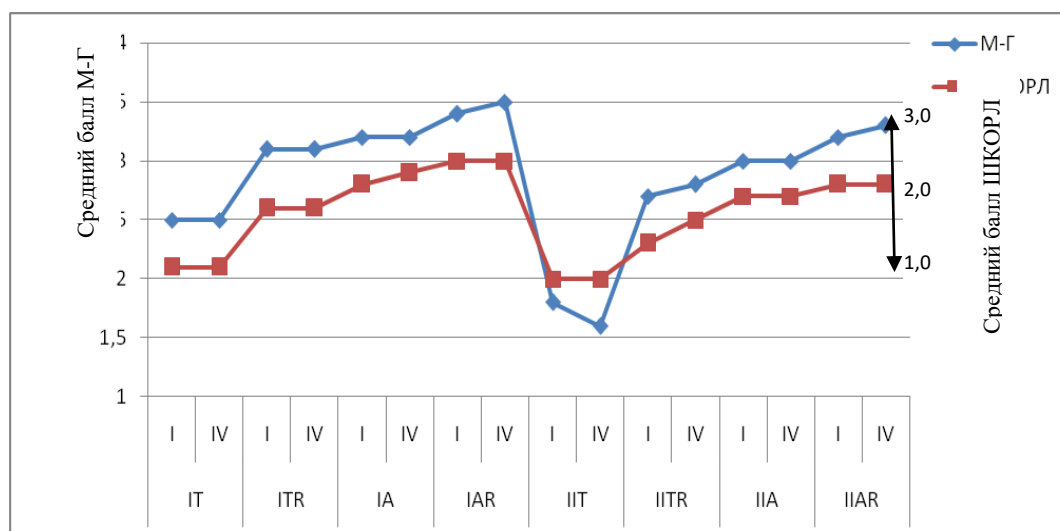


Рисунок 4 – Соразмерность оценки комплаенса пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии со шкалой комплексной оценки результатов лечения по предложенной схеме

В группах с реабилитацией показатель комплаенса на I этапе составил 3,1 балла, на IV – 3,2 балла («порядок правильный») по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (2,6 балла на обоих этапах наблюдения, различия статистически значимы, $p < 0,05$). У первичных пациентов показатель комплаенса

значительно выше (3,1 балла на обоих этапах наблюдения) по сравнению с длительно болеющими (2,7 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p=0,02$).

Анализ соразмерности показателя комплаенса в исследуемых группах с результатами лечения по предложенной шкале комплексной оценки (ШКОРЛ) показал, что динамика показателя комплаенса соизмерима с динамикой результата лечения.

Корреляционный анализ выявил тесные прямые (КЖ и СФ, «Лица Экмана», Мориски-Грина, «Hinting Task») и обратные (PANSS P, N, G) связи с показателем «Результат лечения», что позволило применить регрессионный анализ для прогнозирования результата лечения по показателям диагностических шкал (Таблица 5).

Таблица 5 – Матрица корреляций результата лечения по шкале комплексной оценки с показателями диагностических шкал

Показатель	Диагностические шкалы						
	КЖ иСФ	PANSS P	PANSS N	PANSS G	«Лица Экмана»	Мориски-Грина	«Hinting Task»
Результат лечения	0,86	-0,85	-0,87	-0,87	0,89	0,85	0,86

Диагностический вариант теста Векслера показал, что уровень когнитивного функционирования выше у больных с ППЭ, получающих атипичные нейролептики в сочетании с психореабилитационными программами (67,7% в IAR группе). Незначительно отличается уровень когнитивного дефицита в группах ITR и IAR, IT и IA ($p>0,05$), что, по-видимому, можно объяснить положительным влиянием атипичных нейролептиков на когнитивные функции даже у длительно болеющих пациентов. Среди длительно болеющих у большинства пациентов отмечен низкий уровень когнитивного функционирования: в IT группе – 86,7% (26 из 30), в IAR – 66,2% (45 из 68), в IA – 58,3% (35 из 60), в ITR – 32,8% (21 из 64).

Несмотря на отмеченное улучшение параметров когнитивного функционирования у больных шизофренией при применении атипичных нейролептиков в сочетании с реабилитацией, большинство из показателей не достигало нормы к моменту окончания исследования.

Для адекватной оценки выраженности когнитивного дефицита и эффективности применяемой терапии у конкретного пациента следует проводить повторные тренинги при помощи блока когнитивных субтестов каждый год со сравнением полученных результатов с данными предыдущих обследований, что обеспечивает персонафицированный подход к ведению больных шизофренией (Рисунок 5).

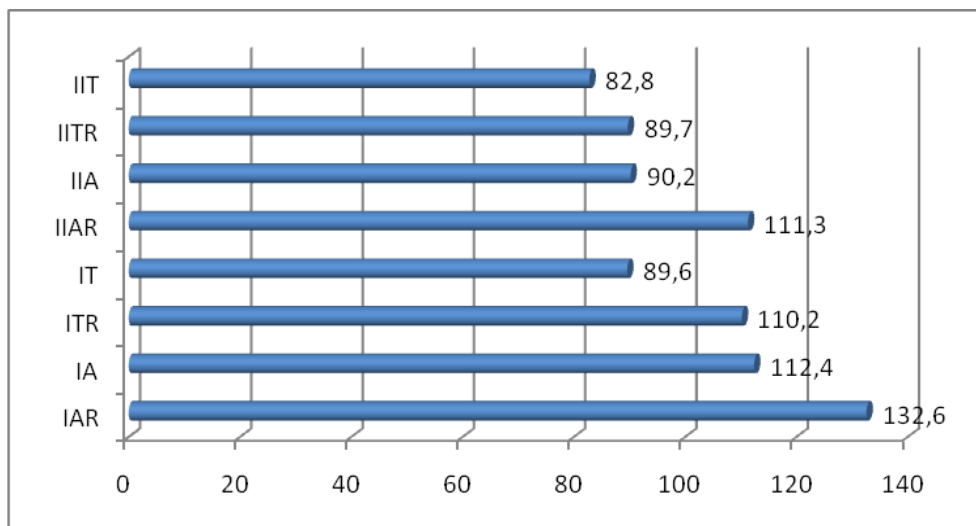


Рисунок 5 – Средние показатели когнитивных нарушений в исследуемых группах на IV этапе наблюдения

Выявлено, что в реабилитируемых группах (ИАР, ИТР, ИАР, ИТР) когнитивный уровень статистически значимо выше по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (ИА, ИТ, ИА, ИТ) ($p < 0,05$) на 15,2, 18,7, 19, 7,7% соответственно.

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы для родственников пациентов с шизофренией демонстрирует в различных группах различный уровень влияния родственников на психическое состояние больных, который может расцениваться как один из методов реабилитации. Отмечалась средняя вариабельность изучаемого признака в диапазоне от 12,3 до 19,7%.

Предложенная автором анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, позволяющая определить степень выраженности и характер отношения родственников к терапии пациентов с шизофренией, является демонстративным показателем эффективности реабилитации пациентов с шизофренией. В исследуемых группах уровень поддержки родственников отличался в начале и в конце исследования. В

результате проведения во время исследования психообразовательной работы уровень поддержки родственников значительно повысился. Так, в группах с наиболее впечатляющим эффектом (реабилитируемые группы) число родственников с «достаточным» уровнем поддержки было значительным, тогда как в нереабилитируемых группах также нередко встречались родственники, активно участвующие в процессе лечения, что подтверждает влияние на результат взаимодействия обязательных основополагающих принципов комплексной системы терапии.

Корреляционный анализ показал высокую степень связи участия родственников в общей системе терапии больных шизофренией. Так, корреляции результатов лечения с показателями по «Карте оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (КОУЗ) составили 0,75; с показателями по анкете участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией (Анкета) – 0,82.

Сопряженность результатов лечения пациентов в исследуемых группах с результатами по шкале Векслера (Векслер) на разных этапах наблюдения варьируют от 0,84 до 0,93 (корреляции сильные и тесные), что подтверждает объективность оценки психического состояния по данной шкале.

В проведенном исследовании было изучено влияние наличия реабилитационных программ, вида фармакотерапии, длительности заболевания и терапии, при выполнении обязательных условий непрерывности лечения и активного участия в лечении адаптированных родственников на количество, продолжительность и качество ремиссий у пациентов с шизофренией. Был сделан вывод, что тип ремиссии зависит от алгоритма лечения данной категории больных.

Анализ встречаемости различных типов ремиссий, описанных М.Я. Серейским (1939), в исследуемых группах показал, что ремиссии типа «А» встретились лишь в реабилитируемых группах у пациентов с первым психотическим эпизодом: в IAR группе у 6 пациентов (9,7%), в ITR – у трех (8,6%); в этих же группах преобладали пациенты с «В» типом ремиссии (у 40 пациентов (64,5%) и 20 (57,1%) соответственно); тип «С» встретился в 25,8% (16 пациентов) в IAR группе и в 31,4% (11 пациентов) в ITR; тип «D» ремиссии

встретился лишь в ITR группе у одного пациента (2,9%), в IAR группе такой тип не наблюдали.

Максимальное количество ремиссий типа «D» отмечено в IT группе (24 пациента – 80,0%), 5 пациентов (16,7%) этой группы имели ремиссии типа «C» и всего один человек – тип «B» (3,3%). В группе ПА 20 пациентов (33,3%) имели ремиссию типа «D», 33 человека (55%) – тип «C», 7 (11,7%) – тип «B», тип «A» ни в ПА, ни в IT группах не встретился. В остальных группах соотношение пациентов с различными типами ремиссий отличалось незначительно.

Количество обострений у пациентов с параноидной шизофренией можно расценивать также как критерий оценки результата лечения или психического состояния. При благоприятном исходе лечения («хорошее» состояние – 3 балла по шкале комплексной оценки результата лечения) количество обострений составило 1-2 за весь период наблюдения, ремиссии были длительные и качественные (типы «A» или «B»).

При «удовлетворительном» результате лечения (2 балла) количество обострений составило 2-3, при этом, ремиссии носили менее благоприятный характер с преобладанием типов «B» и «C».

При «неудовлетворительном» результате лечения (1 балл) количество обострений было максимальным (3-4), наблюдалась дестабилизация ремиссий, ремиссии были непродолжительными, нестойкими и преобладали типы «C» и «D».

Факторный анализ показал, что наибольшую степень влияния на результат лечения оказывают такие факторы, как длительность расстройства (II и I группы) и реабилитация (NR и R группы), средний эффект в этих группах составил -0,9. В парах групп в зависимости от длительности лечения (I и IV этапы) результат лечения соответствовал эффекту -0,8.

В парах групп в зависимости от вида фармакотерапии эффект был наименьшим -0,7. Если сумму исследуемых эффектов принять за 100% и выразить эффект в каждой паре групп в процентах, можно говорить о степени влияния каждого фактора на результат лечения (Рисунок 6).

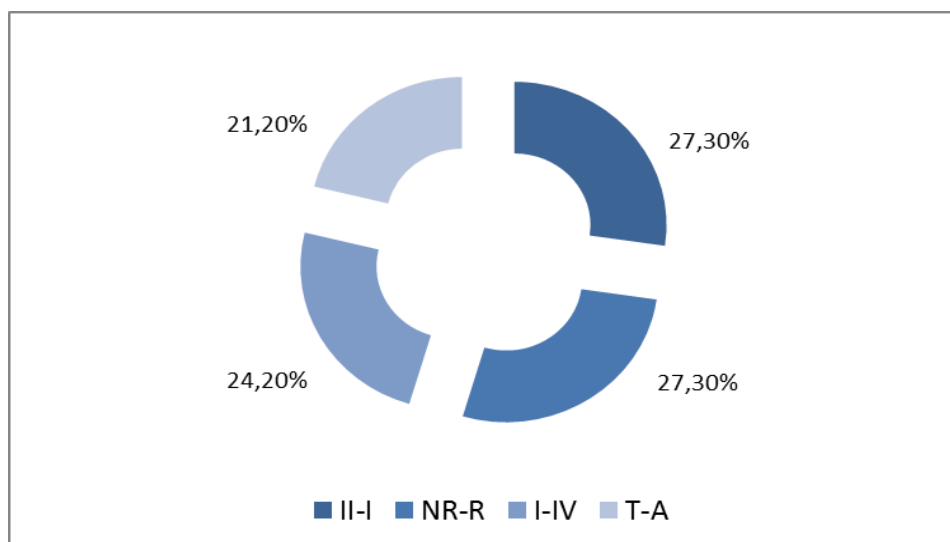


Рисунок 6 – Степень влияния факторов на результат лечения больных шизофренией в исследуемых парах групп

Как объективный фактор, наибольшую степень влияния на результат лечения оказывает наличие или отсутствие реабилитации (27,3%), такую же степень влияния оказывает длительность расстройства, эти два фактора обеспечивают более 50% (54,6%) благоприятного результата лечения. Длительность лечения обеспечивает практически четверть (24,2%) общего эффекта. Несколько ниже (21,2%) на результат лечения оказывает влияние фактор вид фармакотерапии. Максимальное количество пациентов с «хорошим» результатом лечения было отмечено лишь в реабилитируемых группах у пациентов с первым психотическим эпизодом: в IAR группе у 41 пациент (66,1%); в ITR – у 18 человек (51,4%). Данные результаты подтверждают положительное влияние на результат лечения факторов «Реабилитация» и «Длительность расстройства».

Таким образом, можно сделать вывод о положительном влиянии на результат лечения таких факторов, как наличие психосоциальной реабилитации (27,3%), длительность расстройства (27,3%), длительность терапии (24,2%) и вид фармакотерапии (21,2%).

Проведенный анализ показал достаточные значения надежности диагностической шкалы комплексной оценки результата лечения. Надежность диагностической шкалы комплексной оценки результатов лечения оценивали в 1-ом и 2-ом полугодиях IV этапа наблюдения. Коэффициент надежности – Cr=0,91; коэффициент стабильности – Cs=0,89.

Полученные показатели оценки степени влияния на результаты лечения и снижение социальной дезадаптации пациентов таких факторов, как длительность расстройства и лечения, вид фармакотерапии, наличие или отсутствие реабилитации, говорят о необходимости введения нового подхода к планированию психиатрической службы, включающего, наряду с существующими принципами и направлениями оказания специализированной помощи пациентам с параноидной шизофренией, полипрофессиональный персонифицированный принцип ведения больного, динамическое изменение алгоритма психосоциальных реабилитационных мероприятий в зависимости от тяжести психического состояния, определяемого по разработанной автором шкале комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ), расширение психопросветительской и социально-правовой деятельности.

Полученные данные, демонстрирующие степень влияние на результаты лечения и социальную адаптацию пациентов с параноидной шизофренией таких факторов, как длительность расстройства и лечения, вид фармакотерапии, наличие или отсутствие реабилитации обосновывают необходимость создания Центра психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией и детализируют принципы создания новой модели психиатрической помощи на территории Саратовской области.

Автором создана и апробирована модель Центра психосоциальной реабилитации, разработан алгоритм работы Центра и Школы психосоциальной реабилитации с участием высокопрофессиональных специалистов (врачи-психиатры, клинические психологи, специалисты по социальной работе), а также волонтеров (ординаторы, студенты, посещающие кружок кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии).

Целью создания Центра психосоциальной реабилитации является формирование модели и алгоритма помощи пациентам с параноидной шизофренией и их родственникам, которые обеспечат эффективную работу психиатрической службы по раннему выявлению, подбору лечения и психосоциальной реабилитации данной категории пациентов, а также помогут адаптировать членов семьи психически больного к сложившейся ситуации.

Основные виды деятельности Центра психосоциальной реабилитации в составе психиатрической службы области:

1. Мониторинг эпидемиологической ситуации по шизофрении, а также основных медицинских и социальных показателей, которые могут прямо или косвенно повлиять на улучшение эпидемиологической картины по заболеваемости шизофренией на территории Саратовской области.

2. Организация полипрофессионального бригадного подхода (врач-психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе) к оказанию помощи пациентам с шизофренией и психообразованию их родственников и обеспечение организационно-методической помощи врачам – специалистам амбулаторной сети, психологам, социальным работникам и другим заинтересованным специалистам.

3. Разработка алгоритма своевременной помощи пациентам с первым психотическим эпизодом.

4. Верификация имеющихся у пациентов нарушений на основании проведения батареи диагностических шкал, включающей клиническую шкалу PANSS для оценки продуктивной и негативной симптоматики; шкалы для оценки когнитивных функций (модифицированная методика «Hinting Task», методика на распознавание эмоций «Лица Экмана»; тест Векслера; опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; «шкалу приверженности лечению Мориски-Грина»).

5. Проведение оценки психического состояния пациентов в динамике с применением разработанной шкалы комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) по показателям диагностических шкал и реабилитационных мероприятий для оптимизации режима фармакотерапии и реабилитационных приемов.

6. На основании проведенного исследования доказано, что препаратами выбора для лечения пациентов с ППЭ являются препараты из группы атипичных нейролептиков.

7. Своевременное назначение и проведение реабилитационных мероприятий для пациентов с ППЭ и их родственников. На основании проведенного исследования в качестве основных методов реабилитации пациентов с шизофренией следует выделить: персонифицированную комплаенс-терапию, динамическое проведение компьютерного варианта теста Векслера (WAIS v. 2.2.1) в качестве когнитивного тренинга, адаптированного в зависимости от степени когнитивного дефицита, психообразование. При формировании

психообразовательных реабилитационных программ для родственников психически больного необходимо использовать «Карту оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», а также анкету участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией и, с учетом уровня информированности родственников о проблеме психического заболевания, планировать комплекс обучающих мероприятий.

8. Осуществление взаимодействия с районами области по основным направлениям деятельности Центра психосоциальной реабилитации, включая разработку территориальных программ, внедрение алгоритма помощи пациентам с шизофренией и их родственникам, проведение организационно-методической работы, оказание научно-практической и консультативно-методической помощи.

9. Осуществление межведомственного взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы по вопросам определения степени утраты трудоспособности, учреждениями социального обеспечения, центрами занятости, средствами массовой информации с целью решения социальных, правовых, профилактических вопросов и уменьшения стигматизации вследствие имеющегося заболевания.

Созданные модель и алгоритм работы Центра психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией должны обеспечивать взаимодействие стационарных и амбулаторных служб. Примером организации модели психореабилитационной помощи больным шизофренией может являться Центр психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией города Саратова, включающий стационарное, базирующееся в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» и амбулаторное, базирующееся в ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер», отделения, выполняющие определенные функции. Подобная структура, включающая стационарное и амбулаторное отделения на базе ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер», может быть организована Балаковским муниципальным образованием.

Стационарное отделение Центра психосоциальной реабилитации необходимо для реабилитации больных шизофренией после купирования острого состояния. Программа стационарной реабилитации рассчитана на 1 месяц. Показания к направлению больных с шизофренией в стационарное отделение

Центра психосоциальной реабилитации: больные с шизофренией с длительностью расстройства более пяти лет со стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации, нуждающиеся в стационарной психосоциальной реабилитации до выписки из больницы; больные с первым психотическим эпизодом после стационарного лечения; больные после обострения заболевания, или с остаточной психотической симптоматикой при сохранении упорядоченного поведения. Программа стационарного отделения Центра включает диагностические мероприятия и психосоциальную реабилитацию. Диагностика проводится на первой неделе пребывания пациента в стационарном отделении Центра врачом-психиатром (PANSS–шкала, подтверждающая отсутствие острого психического состояния; КЖ и СФ – опросник, оценивающий уровень качества жизни и социального функционирования; ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения, показывающая степень психических нарушений) и клиническим психологом (ЛЭ – шкала, определяющая уровень эмоционального интеллекта, НТ – шкала, определяющая уровень социального интеллекта; М-Г – шкала приверженности лечению; диагностический тест Векслера – тест, определяющий уровень интеллекта; КОУЗ – карта оценки уровня знаний и эффективности психообразовательной программы для родственников; Анкета, оценивающая участие родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией).

Полипрофессиональная персонифицированная реабилитация включает комплаенс-терапию, психообразовательную работу и проведение сеансов краткосрочного психосоциального вмешательства с пациентами и их родственниками, а также когнитивный тренинг. Метод комплаенс-терапии предусматривает наличие у пациентов доверительных отношений, взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом-психиатром, заинтересованного участия в процессе терапии, позволяющих минимизировать нарушения пациентами предписанных медицинских рекомендаций. Комплаенс-терапия проводится врачом-психиатром регулярно на протяжении пребывания пациента в стационарном отделении Центра.

Для психообразования пациентов с параноидной шизофренией и их родственников автором разработано психообразовательное «Пособие для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников», которое представляет собой необходимый алгоритм помощи. В пособии отражены

основные аспекты проблемы, описана клиническая картина заболевания, особенности поведения с психически больным, виды служб и характер помощи пациентам с шизофренией. При прохождении психосоциальной реабилитации все описанные в пособии проблемы, а также появившиеся новые вопросы проговариваются и обсуждаются адресно с врачом-психиатром, клиническим психологом или специалистом по социальной работе.

Помимо образовательного пособия с пациентами и их родственниками проводились сеансы краткосрочного психосоциального вмешательства (КПВ). На этапе подготовки пациентам и их родственникам объяснялся смысл и необходимость проведения занятий, они мотивировались на добровольное участие в терапии. Сессии проводились еженедельно отдельно с группами пациентов (группа от 2 до 5 человек) и родственников (группа от 2 до 12 человек). Все сеансы КПВ проводились врачом-психиатром совместно с клиническим психологом. К участию в обсуждении заключительной темы (на 4-й неделе) привлекается специалист по социальной работе.

Предложено и апробировано использование компьютеризированного варианта теста Векслера не только в качестве диагностического теста для определения степени нарушения когнитивных функций, но и как метода когнитивного тренинга в программе психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией. К концу пребывания пациента в стационарном отделении Центра клинический психолог при участии волонтеров проводится когнитивный тренинг в группах от 2 до 5 участников.

При диагностических показателях по разработанной шкале комплексной оценки результатов лечения (психического состояния) (ШКОРЛ) в 1 балл («неудовлетворительное» состояние) реабилитационные мероприятия в виде комплаенс-терапии, психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств проводятся 2 раза в неделю (8 раз за весь период стационарной реабилитации – 1 месяц), при оценке состояния в 2 балла («удовлетворительное» состояние) – 1 раз в неделю (4 раза в месяц).

Когнитивный тренинг Векслера при уровне интеллекта 89 баллов и ниже проводится 1 раз в неделю (3 недели), при уровне интеллекта 90-119 баллов – 1 раз в неделю (2 недели) и 120 баллов и выше – 1 раз за период стационарной реабилитации.

В реабилитационную программу активно вовлекаются родственники пациентов с шизофренией. Используемые «Карта оценки уровня знаний родственников о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» и анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией демонстрируют активность участия родственников в лечебно-реабилитационном процессе. При уровне знаний 16-36 баллов (низкий) и недостаточном отношении родственника к терапии (26-34 балла) частота проведения психообразовательной работы составляет 1 раз в неделю (4 раза за весь период стационарной реабилитации); при среднем уровне знаний (37-58 баллов) и удовлетворительном отношении (35-43 балла) – 1 раз в 2 недели (2 раза в месяц); при высоком уровне знаний (59-80 баллов) и достаточном отношении к терапии (44-52 балла) – 1 раз в месяц.

По окончании стационарного этапа психосоциальной реабилитации пациент продолжает получать реабилитацию в амбулаторном отделении Центра, рассчитанную на 1 год. Показаниями к направлению больных с параноидной шизофренией в амбулаторное отделение Центра психосоциальной реабилитации являются: стабилизация психического состояния пациентов; необходимость проведения активных психосоциальных реабилитационных мероприятий для повышения уровня социального функционирования, возвращения к активной жизни и адекватному взаимодействию с семьей, окружающими и к трудовой деятельности. В амбулаторное отделение также направляются пациенты, относящиеся к наиболее уязвимым группам (одинокие, с недостаточным комплаенсом, нарушающие режим лечения, с частыми госпитализациями, с внутрисемейными конфликтами); нуждающиеся в восстановлении бытовых навыков, навыков общения с окружающими, расширения взаимодействия в социальной сети; нуждающиеся в различных видах социальной поддержки (восстановление документов, пенсионного обеспечения, повышение социально-правовой грамотности и т.п.).

Годовая программа включает несколько этапов. В начале каждого квартала проводится диагностический блок врачом-психиатром (PANSS, КЖ и СФ, ШКОРЛ) и клиническим психологом (ЛЭ, НТ, М-Г, КОУЗ, Анкета), в зависимости от результатов по ШКОРЛ назначается определенный режим психореабилитационных мероприятий. Комплаенс-терапия, психообразовательная работа по пособию и сеансы КПВ проводятся при

удовлетворительном состоянии пациента (по ШКОРЛ 2 балла) 2 раза в месяц (6 раз в квартал), при хорошем состоянии (по ШКОРЛ 3 балла) 1 раз в месяц (3 раза в квартал).

По диагностическому тесту Векслера при уровне интеллекта «высокий» и «весьма высокий» (120 баллов и более) компьютерное тестирование по Векслеру в качестве когнитивного тренинга назначается 1 раз в месяц (3 раза в квартал), если уровень интеллекта оценивается в 90–119 баллов, тестирование назначается 2 раза в месяц (6 раз в квартал), при когнитивном дефиците ниже 89 баллов – 3 раза в месяц (9 раз в квартал).

При вовлечении родственников в процесс реабилитации пациентов с шизофренией на амбулаторном этапе также учитывается их уровень знаний и отношение к терапии, которые определяют частоту проведения психообразовательной работы. При уровне знаний 16-36 баллов (низкий) и недостаточном отношении родственника к терапии (26-34 балла) частота проведения психообразовательной работы составляет 3 раза в месяц (36 раз за весь период амбулаторной реабилитации), при среднем уровне знаний (37-58 баллов) и удовлетворительном отношении (35-43 балла) – 2 раза в месяц (24 раза в год), при высоком уровне знаний (59-80 баллов) и достаточном отношении к терапии (44-52 балла) – 1 раз в месяц (12 раз в год).

Разработаны рекомендации по материально-техническому обеспечению работы стационарного и амбулаторного отделений Центра психосоциальной реабилитации, обеспечивающего лечебно-реабилитационное направление.

На основании разработанных программ Центра психосоциальной реабилитации целесообразно говорить о необходимости создания Школы психосоциальной реабилитации для пациентов с шизофренией и их родственников на базе амбулаторного реабилитационного отделения.

Целью работы Школы психосоциальной реабилитации является повышение мотивации к психосоциальной реабилитации, выполнению пациентами врачебных рекомендаций, содействие формированию партнерских отношений «врач–пациент», психообразование и просвещение. Посещение Школы психосоциальной реабилитации формирует у пациентов с шизофренией и их родственников ответственность, рациональное и активное отношение к терапии, повышает мотивацию к лечению и реабилитации, а также соблюдению режима терапии. Применение знаний, полученных слушателями в Школе

психосоциальной реабилитации, будет способствовать улучшению психического состояния, качества жизни и социального функционирования пациентов, страдающих параноидной шизофренией, а также повышению уровня информированности психически больных и их родственников.

Основные задачи Школы психосоциальной реабилитации:

- расширить контингент участников Центра психосоциальной реабилитации путем разъяснения пациентам и их родственникам необходимости и важности психосоциальной реабилитации на пути преодоления болезни;
- информировать слушателей о расстройстве, о факторах риска возникновения и развития, о его основных начальных клинических проявлениях, о методах первичной профилактики заболеваний;
- повысить ответственность пациентов за сохранение своего психического здоровья;
- формировать у пациентов рациональное и активное отношение к заболеванию, мотивацию к оздоровлению, приверженность к лечению и выполнению рекомендаций врача, умения и навыки по самоконтролю за психическим состоянием, мотивацию снижения влияния на психику факторов риска (несоблюдение режима лечения, особенности образа жизни), практические навыки по выявлению факторов, негативно влияющих на здоровье;
- обучить родственников пациентов тактике поведения в случаях обострений, методам профилактики обострений заболевания.

В работе Школы психосоциальной реабилитации в основном принимают участие волонтеры, ординаторы кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии с привлечением при необходимости сотрудников Центра психосоциальной реабилитации: врача-психиатра, клинического психолога или специалиста по социальной работе, основной задачей которых является выявление пациентов, нуждающихся в получении полипрофессиональной, персонифицированной реабилитационной помощи и повышение мотивации к участию в реабилитационных программах.

Работа Школа психосоциальной реабилитации заключается в проведении интерактивных групповых занятий (группы от 2 до 5 человек) на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации. Занятия с родственниками проводятся в виде Школы выходного дня по субботам. С пациентами занятия проводятся вне острого состояния 2 раза в неделю в будние

дни. Длительность занятий составляет 1 час. Всего 11 занятий по программе. Возможно проведение дополнительных занятий по запросу группы. На отдельные занятия приглашаются специалист по социальной работе и врач-психиатр. По итогам проведения занятий пациенты получают домашние задания, результаты которых обсуждают на последующих встречах с клиническими психологами.

Предложенная структура (модель) и алгоритм лечебно-реабилитационной помощи (маршрутизация пациентов с шизофренией на различных этапах) отвечает всем сформулированным выше принципам организации психиатрической помощи, что способствует своевременному выявлению психического расстройства и повышает эффективность оказания помощи пациентам с шизофренией и их родственникам в Саратовской области. Создание Центра психосоциальной реабилитации на базе ГУЗ «Саратовский ГПНД» и ГУЗ «Областной клинической психиатрической больницы Святой Софии» позволит обеспечить тесное взаимодействие с районами города Саратова и Саратовской области в соответствии с одним из основных принципов оказания психиатрической помощи – принципом территориальности, что значительно расширит возможности оказания психиатрической помощи больным шизофренией на любом этапе наблюдения, включающей всесторонние аспекты проблемы социальной адаптации (профилактический, диагностический, терапевтический, реабилитационный, социально-правовой, организационно-методический).

ВЫВОДЫ

1. Региональная модель оказания психиатрической помощи в Саратовской области с акцентом на психосоциальную реабилитацию в комплексной терапии больных с параноидной шизофренией имеет ряд особенностей, которые определяют необходимость организации Центра психосоциальной реабилитации с полипрофессиональными стационарным и амбулаторным реабилитационными отделениями.

2. Персонифицированный подход к терапии и психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией основан на непрерывном полипрофессиональном наблюдении. Применение «Шкалы комплексной оценки результата лечения» обеспечивает своевременную маршрутизацию,

динамический алгоритм помощи данной категории пациентов и их родственникам для повышения эффективности и достаточного уровня социальной адаптации.

3. Компьютеризированный тест Векслера, наряду с диагностическим вариантом, является одним из методов психосоциальной реабилитации и выступает в роли когнитивного тренинга для повышения социальной адаптации пациентов.

4. Разработанная «Анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией» объективизирует количественное определение уровня комплаентности в динамике и выступает в роли теоретической основы одного из методов психосоциальной реабилитации.

5. Разработанная «Шкала комплексной оценки результата лечения» позволила объективизировать оценку тяжести психического состояния пациентов и прогнозирования динамики заболевания.

6. На результат лечения и уровень адаптации пациентов с параноидной шизофренией оказывают влияние такие факторы, как психосоциальная реабилитация, длительность расстройства, а также вид проводимой фармакотерапии.

7. Разработана математическая модель для прогнозирования результата лечения по показателям диагностических шкал и оптимизации комплексного подхода к ведению больных.

8. Созданная модель Центра психосоциальной реабилитации обеспечивает непрерывное системное ведение больных параноидной шизофренией и активное вовлечение родственников в процесс реабилитации. Улучшение преемственности стационарного и амбулаторного звеньев способствует повышению эффективности работы лечебных психиатрических учреждений региона.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Комплексный подход к терапии и психосоциальной реабилитации больных шизофренией позволяет улучшить качество оказания психиатрической помощи, способствует социальной и трудовой адаптации пациентов, их интеграции в общество. Для оптимизации оказания помощи больным параноидной шизофренией и их родственникам в регионе целесообразна организация Центра

психосоциальной реабилитации, включающего стационарное и амбулаторное отделения. Для обеспечения работы отделений Центра необходимо создание полипрофессиональной бригады, включающей врача-психиатра, клинического психолога и специалиста по социальной работе.

Для оценки степени выраженности психических нарушений и результата лечения в динамике специалистам необходимо применять разработанную шкалу комплексной оценки результатов лечения.

Предлагаемое к внедрению в практической работе специалистов разработанное психообразовательное пособие повысит уровень информированности пациентов и их родственников и позволит улучшить качество реабилитационных мероприятий.

Предложенная математическая модель прогноза результата лечения по показателям диагностических шкал и проводимым психореабилитационным мероприятиям может быть использована в повседневной практике, что позволит оптимизировать подход к комплексному ведению больных.

Рекомендуется расширить проведение психосоциальной работы в повседневной практике учреждений, оказывающих психиатрическую помощь в регионе. Психосоциальные вмешательства должны предусматривать применение комплаенс-терапии; психообразовательной работы с пациентами; краткосрочные психосоциальные вмешательства; проведение когнитивного тренинга в виде компьютеризированного варианта теста Векслера.

Организация работы Школы психосоциальной реабилитации на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации позволит оптимизировать просветительскую работу, повысить мотивацию пациентов с параноидной шизофренией и их родственников к реабилитационным мероприятиям, направленным на формирование благоприятной инклюзивной терапевтической среды.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Самойлова, Д.Д.** Современные тенденции в понимании реабилитации в психиатрии (обзор концепций) / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник, С.А. Пахомова, Ю.С. Абросимова, Е.В. Колесниченко // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии** – 2014. – № 4. – С. 3–9.
2. **Самойлова, Д.Д.** Значение современных подходов в терапии шизофрении в рамках развития ППЭ / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // Материалы Всероссийской конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии». Саратов, 2014. – С. 226–231.
3. **Самойлова, Д.Д.** Психообразование как составляющая процесса психореабилитации пациентов с шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник, П.С. Янушко // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 2. – С. 104–107.
4. **Самойлова, Д.Д.** Психосоциальная реабилитация как современный подход в лечении пациентов с первым психотическим эпизодом на примере Саратовской области / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии**. – 2016. – № 7. – С. 14–20.
5. **Самойлова, Д.Д.** Изучение психореабилитационного потенциала пациентов, страдающих шизофренией, в условиях различных вариантов психофармакотерапии / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Социальная и клиническая психиатрия**. – 2016. – Т. 26, № 7. – С. 80–86.
6. **Самойлова, Д.Д.** Изменчивость показателей уровня качества жизни и социального функционирования пациентов с шизофренией в зависимости от проводимого лечения / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **В мире научных открытий**. – 2016. – № 7(79). – С. 47–59.
7. **Samoylova, D.D.** Variation of life quality and social functioning indication in patients with schizophrenia according to treatment response / D.D. Samoylova, Y.B. Barylnik // **In the world of scientific discoveries, series A**. – 2016. – Vol. 4, № 2. – P. 45–56.

8. **Samoylova, D.D.** Modern rehabilitation tendencies in psychiatry (literature review) / D.D. Samoylova, Y.B. Barylnik // **In the world of scientific discoveries.** – 2016. – № 11(83). – P. 42–56.
9. **Samoylova, D.** The comparison of effective psychosocial rehabilitation criteria in patients with paranoid schizophrenia / D. Samoylova, Y. Barylnik, S. Pakhomova, E. Olenko, V. Kirichuk // WPA Regional Conference «Mental Health, Direction and Challenges» Tbilisi, 2016. – P. 35.
10. **Самойлова, Д.Д.** Сравнительная эффективность комплаенс-терапии в зависимости от варианта психофармакотерапии пациентов с шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии** – 2016. – № 11. – С. 15–21.
11. **Samoylova, D.D.** Studying of psychorehabilitational potential in patients with schizophrenia at different stages of psychopharmacotherapy / D.D. Samoylova, Y.B. Barylnik // *European Journal of Biomedical and Life Sciences.* – 2016. – № 3. – P. 30–36.
12. **Самойлова, Д.Д.** Современные подходы к лечению и реабилитации больных с параноидной шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // *Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания».* СПб., 2016. – С. 282–283.
13. **Самойлова, Д.Д.** Влияние наличия психореабилитации на изменчивость показателей качества жизни и социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией / Д.Д. Самойлова // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2017. – № 8. – С. 3–7.
14. **Самойлова, Д.Д.** Система психиатрической помощи в Саратовской области и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты) / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Психическое здоровье.** – 2017. – Т. 15, № 3. – С. 16–22.
15. **Самойлова, Д.Д.** Клинико-эпидемиологические показатели шизофрении у взрослого населения Саратовской области / Д.Д. Самойлова, С.А. Пахомова, Ю.С. Абросимова, Е.В. Колесниченко, Ю.Б. Барыльник // *Материалы Всероссийской конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии».* Саратов, 2017. – Вып. 15. – С. 223–229.

16. **Самойлова, Д.Д.** Клинические, демографические, клинико-терапевтические и социальные показатели о больных параноидной шизофренией в Саратовской области / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017620324** от 17.03.2017.

17. **Самойлова, Д.Д.** Эмоциональный интеллект как показатель когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник // **Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 834–839.

18. **Samoylova, D.D.** The psychiatric services of Saratov region and directions of its' improvement (clinical, statistical and epidemiological aspects) / D.D. Samoylova, Y.B. Barylnik, E.V. Kolesnichenko, J.S. Abrosimova, S.A. Pakhomova, N.V. Filippova, E.V. Vachilo, A.A. Antonova, S.V. Sizov // **Материалы Международного конгресса 25th European Congress of Psychiatry. Italy, Florence, 2017.**

19. **Самойлова, Д.Д.** Влияние длительности заболевания на изменчивость показателей качества жизни и социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией / Д.Д. Самойлова // **Психическое здоровье.** – 2018. – № 4. – С. 61–66.

20. **Самойлова, Д.Д.** Особенности факторов социальной адаптации пациентов с шизофренией / Д.Д. Самойлова, С.А. Пахомова, Ю.С. Абросимова, Е.В. Колесниченко, Ю.Б. Барыльник, Э.В. Пачулия // **Материалы Всероссийской конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии».** Саратов, 2018. – Вып. 16. – С. 160–168.

21. **Самойлова, Д.Д.** Когнитивное функционирование как показатель эффективности реабилитации при шизофрении / Д.Д. Самойлова // **Психическое здоровье.** – 2018. – № 6. – С. 72–77.

22. **Samoylova, D.** The social adaptation factors in patients with schizophrenia / D. Samoylova, Y. Barylnik, E. Kolesnichenko, Yu. Abrosimova, S. Pakhomova // **Материалы Международного конгресса The fourth Croatian-Russian Congress «Medicament and word...».** Opatija, Croatia, 2018. – Vol. 30. – Suppl. 1. – P. 55–56.

23. **Samoylova, D.** The actual aspects of complex scale applying for treatment result evaluation in patients with paranoid schizophrenia / D. Samoylova, Y. Barylnik, S. Pakhomova, J. Abrosimova // **Материалы международного конгресса «Multidisciplinary aspects of personalized approach to mental health problems».** М., 2019. – Vol. 31. – Suppl. 4. – P. 693–695.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

Анкета – анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией;

Векслер – стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера;

КОУЗ – «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы»;

КПВ – краткосрочное психосоциальное вмешательство;

Лица Экмана, ЛЭ – методика на распознавание эмоций «Лица Экмана»;

Мориски–Грина, М-Г – «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина»;

ППЭ – первый психотический эпизод;

СФ и КЖ – опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных;

ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения;

А – атипичные нейролептики;

Hinting Task, НТ – методика понимания намека «Hinting Task»;

PANSS – шкала позитивных и негативных симптомов (**G** – общие симптомы; **N** – негативные симптомы; **P** – позитивные симптомы);

R – реабилитация;

T – типичные нейролептики.