

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.И. РАЗУМОВСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Барыльник Юлия Борисовна

Москва – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	21
1.1. Современное состояние проблемы шизофрении по статистическим данным Всемирной организации здравоохранения.....	21
1.2. Принципы реабилитации лиц с психическими расстройствами.....	23
1.3. Подходы к оценке эффективности реабилитационной работы с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, в зависимости от длительности расстройства.....	36
1.4. Подходы к оценке эффективности реабилитационной работы с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, в зависимости от проводимой терапии.....	39
1.5. Качество жизни и социальное функционирование пациентов с параноидной шизофренией.....	42
1.6. Показатель когнитивного функционирования пациентов с параноидной шизофренией.....	44
1.7. Ремиссии и обострения как показатель психического состояния больных параноидной шизофренией.....	50
ГЛАВА 2. ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	58
2.1. Характеристика психиатрической помощи в Саратовской области и основных эпидемиологических показателей.....	58
2.2. Характеристика выборки больных параноидной шизофренией.....	60
2.3. Анализ влияния факторов на психическое состояние больных параноидной шизофренией.....	69
2.4. Характеристика основных диагностических методик оценки психического состояния больных параноидной шизофренией.....	72

2.5. Вариационно-статистические методы обработки полученных результатов.....	78
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	81
3.1. Динамика медико-демографических показателей населения Саратовской области.....	83
3.2. Анализ показателей деятельности психиатрических учреждений Саратовской области.....	87
3.3. Динамика основных эпидемиологических показателей психических расстройств (в частности шизофрении) в Саратове, Саратовской области и Российской Федерации.....	103
3.4. Динамика инвалидности лиц трудоспособного возраста в связи с шизофренией на территории Саратовской области.....	115
ГЛАВА 4. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	123
4.1. Динамика показателей социального функционирования и качества жизни групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	128
4.2. Динамика показателей оценки психического состояния у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	158
4.3. Динамика показателей эмоционального интеллекта у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	176
4.4. Динамика показателей социального интеллекта у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	182
4.5. Динамика показателей комплаенса у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	188
4.6. Оценка и прогнозирование психического состояния больных параноидной шизофренией.....	194

ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	198
5.1. Динамика показателей когнитивного функционирования у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии.....	198
5.2. Роль родственников в системе психосоциальной терапии больных параноидной шизофренией.....	209
5.3. Оценка и прогнозирование состояния больных параноидной шизофренией по результатам психореабилитационной работы.....	222
5.4. Ремиссии при шизофрении как показатель эффективности терапии...224	224
5.5. Анализ влияния факторов на результат лечения больных параноидной шизофренией.....	227
ГЛАВА 6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	234
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	257
ВЫВОДЫ.....	288
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	290
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	292
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	326
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	328
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	329
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	337
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	338
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	345
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	348

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Психиатрическая наука и практика, по мнению отечественных и зарубежных ученых, нуждается в оптимизации тактики и стратегии оказания психиатрической помощи с уклоном на реабилитацию в психосоциальной сфере (Шмуклер А.Б., 2011; 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).

Параноидная шизофрения в ряду других расстройств психики выходят в ряд основных причин ухудшения душевного здоровья людей планеты. Внимание ученых всего мира направлено на исследование данного «бремени» и экономическую составляющую здравоохранения в связи с постоянным увеличением затрат на лечение пациентов данной категории (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., 2020; Шмилович А.А., Толмачева А.И., 2021).

Политика Всемирной организации здравоохранения предусматривает координацию и интеграцию общественных и государственных структурных усилий с точки зрения улучшения охраны психического здоровья, внедрения и развития современных принципов психосоциальной реабилитации для улучшения национального психического здоровья (Шевченко Л.С., 2004; Дмитриева Т.Б., 2006; Чуканова Е.К., Шевченко В.А., Шмуклер А.Б. с соавт., 2008; Незнанов Н.Г. 2009; Лиманкин О.В., 2015; Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021; Kessler R.C., Ustun T.B., 2008; Knapp M., Beecham J., McDavid D. et al., 2011).

В настоящее время наметились положительные тенденции в развитии российской психиатрической науки в виде направленности в организации оказания услуг пациентам с психическими расстройствами на местный уровень, который включает принципы децентрализации, специализации помощи, непрерывности и сбалансированности стационарного и амбулаторного звеньев, отказа от привычной изоляции больных, активное расширение амбулаторной сети и интердисциплинарной помощи на региональном уровне. В лечении пациентов данной категории ведущая роль отводится компоненту психосоциальной реабилитации с расширением сферы влияния общественных и государственных организаций (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. Под термином психосоциальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами, в частности, больных параноидной шизофренией подразумевается комплекс мероприятий, включающий психиатрическую, психологическую, социальную реабилитацию в сочетании с применением адекватной, непрерывной психофармакотерапии. Доказано, что целью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, наряду с современной адекватной психофармакотерапией, является воздействие на патологическое нейрональное функционирование психических расстройств, в частности, шизофрении. Потребность в комплексной реабилитации объясняется тем, что психические расстройства, особенно параноидная шизофрения, вызывают значительные изменения личности, социальную дезадаптацию и значительно снижают способность пациента функционировать в обществе. 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 инвалида и определяющую приоритетные реабилитационные направления и стратегии раннего вмешательства. 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., Ingeç C. et al., 2020).

В последнее время особое внимание уделяется дебюту параноидной шизофрении, в частности первому психотическому эпизоду (ППЭ). Длительность заболевания приводит в той или иной степени к снижению трудоспособности или к полной ее утрате (в 40% у мужчин и в 25% у женщин отмечается инвалидизация различной степени). Несмотря на значительные экономические затраты, параноидная шизофрения уменьшает продолжительность жизни пациента в среднем на десять лет. Данные факты явились базой для разработки алгоритма своевременного выявления и ранних медицинских и психосоциальных вмешательств при ППЭ, что обеспечивает благоприятное течение болезни, улучшение прогноза, сокращение отрицательных последствий нарушения социального функционирования как для больного, так и для его близких, а также в целом для всего социума (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. 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 с клиническими протоколами оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим параноидной шизофренией с ППЭ, на начальных этапах лечения предусматривается обязательное проведение психообразовательной работы с ними и их семьями, применение когнитивно-поведенческой и иных форм психотерапии с пациентами с целью осознания ими болезни, сущности терапевтического процесса и восстановления социального функционирования. При осуществлении психосоциальных интервенций отмечается повышение качества ремиссии в 1,5 раза, 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-Benito J., 2016).

Однако научных исследований, посвященных разработке и оценке эффективности проводимых психореабилитационных мероприятий с больными параноидной шизофренией в стране с учетом региональных аспектов, на сегодняшний день выполнено недостаточно. Обзор современных концепций реабилитации в проанализированных источниках показал их многообразие и существенное усложнение современных системных представлений. Федеральные методические рекомендации, существующие в настоящее время, нуждаются в доработке в аспекте принципов единого подхода к развитию психореабилитационных направлений, с учетом проблем регионарного 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., Mauragec P., Mampunzama ma Miezi S. et al., 2020).

Степень разработанности темы исследования

Многообразие тенденций и неоднозначность подходов к психосоциальной реабилитации в психиатрии свидетельствуют о необходимости создания программ психореабилитационных мероприятий для пациентов с параноидной шизофренией.

Цель и задачи 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.

Для реализации цели исследования были поставлены 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 ценность и практическая значимость работы

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 персонализированного 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 реабилитация, 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.

Внедрение результатов исследования в практику

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

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 (приложение Е).

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.

Методология и методы исследования

Методологически-теоретической основой работы являются результаты исследований российских и зарубежных исследователей в области психиатрической науки, посвященные изучению организации психиатрической помощи; ее методологического обеспечения в рамках

прикладной статистики социальных явлений; законодательные акты Российской Федерации, нормативные документы, регулирующие здравоохранение, медицинская организационно-методическая и статистическая деятельность медицинских учреждений. В работе были использованы разнообразные методы исследования: клинический; клинико-статистический; клинико-эпидемиологический; психодиагностический; статистический анализ.

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.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

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

Личное участие автора в получении результатов исследования

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.

Степень достоверности полученных результатов

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.

Апробация результатов исследования

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 конференции с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (Москва, 2020).

Автор награждена дипломом за заслуги в сфере психосоциальной реабилитации людей с психическими особенностями.

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

них 131 зарубежных), приложений. Диссертация иллюстрирована 80 рисунками и 4 формулами. Цифровой материал представлен в 74 таблицах.

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).

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Параноидная шизофрения – прогрессивное заболевание, связанное с нарушением психики, проявляющееся острыми психотическими эпизодами и хроническими резидуальными симптомами. При параноидном расстройстве у пациентов характерно наличие длительных и выраженных клинических и социальных изменений. В развитых странах распространенность данного заболевания составляет приблизительно 0,7–1,0 % от общей выборки взрослого населения (Jones P.V., Buckley P.F., Kessler D., 2006).

1.1. Современное состояние проблемы параноидной шизофрении по статистическим данным Всемирной организации здравоохранения

По данным статистики ВОЗ (Бюллетень ВОЗ, 2016), параноидная шизофрения – это тяжелое расстройство психики со значительным нарушением трудоспособности, зачастую приводящее к инвалидизации, широко распространенное в мире (страдают более 21 миллиона человек). Распространены такие понятия, как стигма, дискриминация и нарушение прав лиц с шизофренией. Выше пятидесяти процентов лиц с данным психическим расстройством не получают соответствующей поддержки, проживая при этом в развитых и развивающихся государствах.

Принципиальной сложностью является отсутствие возможности доступного для населения психиатрического обслуживания. Также, понятным фактором является меньшая вероятность обращения за помощью лиц с шизофренией, чем общества в целом. Имеются неоспоримые сведения о том, что психиатрические больницы «старого» типа недостаточно эффективно обеспечивают лечение лиц с психическими нарушениями и

зачастую нарушают их основные гражданские права. Следует акцентировать принципы оказания помощи от психиатрических учреждений к местным сообществам, вовлекая родственников пациентов и более широкий круг общества.

Согласно документу «Европейская декларация по охране психического здоровья» (2005), в ряде государств с низким и средним уровнями доходов существующие программы показали доступность оказания поддержки лицам с психическими нарушениями в рамках системы первичной медико-санитарной помощи путем обучения персонала; обеспечения доступа к основным фармацевтическим средствам; оказания поддержки семьям, обеспечивающим уход на дому; просвещения социума в целях дестигматизации.

Пациентам с шизофренией и их родственникам, оказывающим поддержку, может быть предложено проведение ряда мероприятий, нацеленных на максимальное выздоровление и социальную инклюзию (приобретение коммуникативных навыков; основы самостоятельного проживания; предоставление помощи в обеспечении жильем и трудоустройстве), что может послужить основой излечения для лиц с психическими нарушениями. Люди с шизофренией нередко испытывают сложности в получении либо сохранении обычной работы, либо жилища. Проблема шизофрении, безусловно, является «краеугольным камнем» всей психиатрии, так как определяет уровень ее развития и отношения к оказанию психиатрической помощи (Мосолов С.Н., 2010).

Развернутая в 2008 году программа Всемирной организации здравоохранения по ликвидации пробелов в области психического здоровья (The WHO Mental Health Gap Action Programme – mhGAP) использует основанные на фактических данных технические руководства, наборы методических и учебных материалов для расширения обслуживания пациентов в странах с дефицитом ресурсов. Она направлена на укрепление потенциала провайдеров неспециализированной медпомощи в рамках

глобального подхода к продвижению психического здоровья на каждом уровне оказания поддержки. На данный момент mhGAP осуществляется более чем в 80 странах Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2010).

Другой проект Всемирной организации здравоохранения «Quality Rights» («Право на качество») предусматривает создание критериев соблюдения гражданских прав в учреждениях, оказывающих психиатрическую и социальную помощь, и расширение возможностей организаций выполнять роль «заступников» душевного благополучия людей. В стратегии ВОЗ в плане психического здоровья на 2013-2020 гг., одобренном Всемирной ассамблеей здравоохранения, были обозначены этапы по передаче оказания соответствующих услуг лицам с психическими расстройствами от учреждений местным сообществам («Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг.», 2013).

1.2. Принципы реабилитации лиц с психическими расстройствами

ВОЗ совместно с Европейской ассоциацией общественного здравоохранения уделяют первоочередное внимание реабилитации и профилактике психических расстройств (Европейская декларация по охране психического здоровья, 2005; Бюллетень ВОЗ, 2016). В связи с имеющимися ограничениями в стратегиях снижения уровня инвалидизации при психических и поведенческих расстройствах, перечисленные организации относят реабилитационные мероприятия к единственному устойчивому методу снижения «бремени», вызванного этими расстройствами. Страдающие психическими расстройствами и их родственники по-прежнему сталкиваются с повсеместной стигматизацией и ущемлением прав, что частично ассоциировано с отсутствием действенных превентивно-профилактических или лечебно-реабилитационных стратегий. Эффективная профилактика и реабилитация могут положительно воздействовать на

отношение общества к пациентам с психическими нарушениями. Mrazek и Haggerty (1996) в своих исследованиях акцентируют внимание на снижение индикатора заболеваемости и выделяют три подхода к превенции и реабилитации психических расстройств: универсальный, выборочный и направленный. Первые два подхода ориентированы на группы без признаков психического расстройства. В случае направленного подхода при повышенном биологическом и/или психосоциальном этиопатогенетическом факторе развития расстройства, указанный вариант нацелен на группы населения, у которых уже наблюдаются продромальные или клинические проявления первого приступа заболевания. С медицинской точки зрения люди с первыми признаками психического расстройства с наибольшей вероятностью обратятся за помощью в специализированную службу поддержки. Для профилактики психических расстройств, особенно психозов, как правило, применяется направленный подход. Однако, несмотря на эти значительные преимущества, ученые также заявляют об универсальной или выборочной вариантах профилактики, ориентированных на обобщенные факторы риска, такие как функциональные, эмоциональные и поведенческие нарушения, не относящиеся только к одной группе психических расстройств, что может быть эффективной стратегией снижения заболеваемости психическими расстройствами в целом (Muñoz R.F., Mrazek P.J., Haggerty R.J., 1996).

Актуальность реабилитации пациентов с шизофренией, необходимость проведения анализа эффективности предпринимаемых психореабилитационных мероприятий обусловлены несколькими факторами: большой ресурсоемкостью по сравнению с другими психическими заболеваниями, повышенным вниманием к качеству специализированной медицинской помощи и удовлетворенностью пациентов ею, а также «бременем» для общества. Современное развитие реабилитации в психиатрии основано на утверждении биопсихосоциальной парадигмы. Данный подход позволяет расширить взгляд на возможности

«восстановления» лиц с психическими расстройствами (Незнанов Н.Г., 2009; Лифинцев Д.В., Анцута А.Н., 2013; Медведев С.Э., Бутома Б.Г., 2016; Акименко М.А., Вассерман Л.И., Дубинина Е.А., Щелкова О.Ю., 2018; Christodoulo G., 2009).

Реабилитация психически больных является важной на сегодняшний день медико-социальной проблемой, связанной с высокой распространенностью и ростом количества лиц, столкнувшихся с данной патологией. Следствием психических заболеваний являются изменения личности, социальная дезадаптация, значительное снижение качества жизни больных, а также их способности к социальному функционированию, что обуславливает необходимость обязательного проведения комплексной терапии и реабилитации пациентам данной категории (Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018).

В настоящее время наряду с традиционным системным подходом к реабилитации в психиатрии существует большое количество актуальных направлений. Наиболее распространенными по числу публикаций являются психосоциальная реабилитация и «окупиционная терапия».

В работе психиатрической службы России в последние годы заметное развитие получила «окупиционная терапия». По мнению М.Ф. McColl (1993), «профессиональный» относится к деятельности, в которой человек участвует в выполнении повседневных функций, связанных с уходом за собой, досугом и профессиональной деятельностью. Баланс между ними важен для жизни, здоровья и благополучия каждого человека. Метод «окупиционной терапии» направлен на устранение ограничений и недостатков в деятельности, обеспечение успеха и самостоятельного выполнения отдельными людьми «профессиональных действий» и социальных ролей, расширение самостоятельности человека в повседневной жизни путем включения его в различные виды деятельности. Развитие навыков и создание максимально инклюзивной среды для самостоятельного самообслуживания, продуктивной деятельности и доступного досуга для

людей с психическими расстройствами – один из наиболее важных аспектов трудотерапии. Трудотерапия основана на развитии новых социальных норм, моделей поведения и образа жизни. Он обеспечивает активную социальную интеграцию людей с ограниченными возможностями в общество, их эффективную вторичную социализацию и улучшение качества жизни (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., Пахомова С.А. с соавт., 2014; McColl M.F., Law M., Stewart D., 1993).

Многообразие реабилитационных тенденций рассматривается в различных источниках, в частности, в Европейской декларации по охране психического здоровья (2005), «Всемирном докладе об инвалидности» Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (2011), докладе Всемирной организации здравоохранения «О состоянии здравоохранения в Европе» (2012).

При этом отсутствует систематический обзор и анализ этих концепций. В настоящее время нет четкой доступной модели реабилитации душевнобольных.

В системе оказания психиатрической помощи населению во все времена отводилось важное место процессу реабилитации. Психосоциальная реабилитация душевнобольных функционирует как сложная система с разными уровнями функционирования. В центре внимания медицинской реабилитации лежат болезни, которые приводят к нарушению и социальному коллапсу функциональных способностей человека в обществе, т.е. реабилитация имеет в основе принцип системного подхода (Кабанов М.М., 2001).

Современная концепция реабилитации предполагает комплекс медицинских, общественных и государственных направлений, разработанных для максимальной компенсации нарушенных или утраченных функций организма, а также социальной инклюзии категории пациентов, столкнувшихся с данной проблемой. Согласно заключению экспертов Всемирной организации здравоохранения, медицинская реабилитация

характеризуется «комбинированным и координированным использованием мер профессионального обучения (Некрасов М.А., 2008; 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).

Реабилитация содержит комплекс мер, направленных на снижение частоты проявления функциональных нарушений, приводящих к снижению степени или обратному развитию инвалидности, а также предупреждающих переход инвалидности в физические и другие дефекты, что подразумевает уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов. Финальной целью реабилитации является восстановление способности к активной трудовой деятельности в соответствии с функциональными возможностями больных. Оптимальным решением данной проблемы является возобновление прежней профессиональной деятельности реабилитированным лицом в полном объеме (Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П., 2010).

В соответствии с «Европейской декларацией о психическом здоровье» реабилитация лиц с психическими заболеваниями является средством вовлечения людей с ограниченными возможностями в общество и механизмом создания условий жизни для пациентов, минимально отличающихся от условий существования здоровых людей. Главной целью медико-социальной реабилитации считается полное или частичное «восстановление», а также сохранение личностного и социального статуса пациента. Основными задачами реабилитации являются, во-первых, медицинская реабилитация для достижения максимальной компенсации клинических симптомов болезни; купирование и профилактика ее негативных последствий, а также профессиональная и эффективная социальная реабилитация.

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения «О состоянии здравоохранения в Европе» (2012), руководящий принцип подхода к оценке «бремени» болезней состоит в том, что только при тщательном

анализе литературы, можно достоверно оценить статистические показатели (заболеваемость, смертность и пр.). Согласно Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ), термин инвалидность описывает нарушения, ограничения в деятельности и возможности для участия в жизни общества. Инвалидность – это взаимодействие людей с различными состояниями здоровья с личными и контекстными факторами, такими как негативное отношение, недоступность общественного транспорта и зданий, а также ограниченная социальная поддержка (Леонов С.А., Сон И.М., Ермаков С.П., Девишев Р.И., 2011; Hansen K., Sapin C., Toumi M., 2007; Mahlum E., Hansen K., Sapin C., 2008).

По оценкам исследователей, ту или иную форму инвалидности имеют более миллиарда человек, что соответствует почти 15% населения мира. От 110 (2,2%) до 190 миллионов (3,8%) людей в возрасте от 15 лет и пожилые люди имеют значительные функциональные трудности. Уровень инвалидности увеличивается из-за старения населения и вследствие растущего «бремени» хронических нарушений здоровья (ВОЗ, Информационный бюллетень. № 352, 2015).

Расчет числа потерянных лет жизни с поправкой на ограничения жизнедеятельности дает возможность сравнения с условной нормой, когда субъект не имеет заболеваний и нарушений трудоспособности (Рамонов А.В., 2011).

Современным направлением психиатрической практики является интегративный подход, определяющий стандарт оказания помощи пациентам. При таком подходе реабилитация достигается за счет комбинированного использования медицинских, психологических, физических, педагогических, социальных, правовых и других мер в виде единого комплекса. Реабилитация рассматривается не просто в качестве профилактики, лечения и трудоустройства, а принципиально новым подходом к больному, включающим повторную социализацию, восстановление личного и социального статуса пациента, а также его

инклюзию в социум. В качестве основного «стержня» реабилитационных программ была выделена апелляция к личности (Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я., 2009; Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П., 2010; Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю., 2013; Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е., 2017).

С развитием и совершенствованием методов лечения и реабилитации «социально-психиатрический» подход к данной проблеме приобретает ведущее место в психиатрической науке и практике. Знание о мультипатогенности психических расстройств и биопсихосоциальных этиологических детерминантах болезни расширяет сферу психиатрической практики (Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А., 2009).

Актуальными направлениями исследования социальной помощи и реабилитации становятся:

- 1) поиск связей уровней состояния психического и физического здоровья, способности справляться с проблемами и социальной поддержки;
- 2) исследования по определению ролей значимых фигурантов социума (знакомых, родных, членов семей и др.);
- 3) работы по выявлению способностей субъекта к социализации и оказанию социальной поддержки (Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А., 2009).

Становится заметным и направление социологии медицины, изучающей процесс реабилитации, как комплекса медицинских, биологических, социальных и психологических аспектов, направленных на полное или частичное улучшение статуса индивида в плане личностной и социальной инклюзии.

В 2001 году М.М. Кабанов объяснил принципы реабилитации душевнобольных: «принцип влияния на разные аспекты психосоциальных функций; принцип воздействия на восстановление личного и социального статуса субъекта; принцип поэтапных влияний для достижения максимально возможной реабилитации».

М.М. Кабанов (2001) также выделил этапы реабилитации: «этап восстановительной терапии; этап адаптации; этап социального восстановления».

В индивидуальную реабилитацию должны входить; медицинский, биологический, психологический и социальный составляющие. Оптимальными, персонифицированными подходами к созданию индивидуальных реабилитационных мероприятий выступают предложенные отечественными психиатрами принципы (Гажа А.К., Монастырский В.А., Струкова Е.Ю., 2009): создание в стационаре благоприятной инклюзивной среды для душевнобольных, индивидуального терапевтического подхода; обучение пациентов способности распознавать симптомы болезни, социальная образовательная работа с родственниками; проведение индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов, обучение пациентов навыкам конструктивного общения и преодоление конфликтных ситуаций.

Среди наиболее актуальных тенденций современной психиатрии выделяют психосоциальное лечение и психосоциальную реабилитацию. Под термином психосоциальная реабилитация понимают комплекс медицинской психиатрической, психологической, психосоциальной реабилитации на фоне адекватной поддерживающей психофармакотерапии (Дмитриева Т.Б., 2001).

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения (2011), психосоциальная терапия и реабилитация активно проводятся в большом количестве учреждений психиатрического профиля и являются неотъемлемой частью положений об оказании помощи душевнобольным, которые внедряются в профилированных отделениях, специализированных на лечении данного контингента на территории РФ. Такой подход к лечению и реабилитации является бригадным и включает работу психиатров, клинических психологов, психотерапевтов и специалистов по социальной работе (Васильева Е.А., 2006; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2007; Поташова А.П., 2007; Папсуев О.О., 2010; Мовина Л.Г. с соавт., 2012;

Волчкова Т.Ф., 2013; Семенова Н.В., 2014; Лиманкин О.В., 2015; Казаковцев Б.А., Творогова Н.А., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., 2015; Медведев С.Э., Бутома Б.Г., 2016; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018).

Психосоциальная реабилитация подразумевает концепцию «recovery» когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, обеспечение инклюзию психически больных с ограниченными возможностями в социум. С целью ресоциализации пациентов используется комплекс психосоциальных реабилитационных мероприятий, базирующихся на потенциале самого пациента, позволяя достичь более полного «включения» в общество. Ученые, чьи труды посвящены вопросам реабилитации, подчеркивают важную роль активного участия пациента в реабилитационном процессе (Михайлов Б.В., Мажбиц В.Б., 2011).

Биопсихосоциальная модель и подход к болезни послужили предпосылкой к появлению психосоциальной реабилитации в качестве нового метода реабилитации. Психосоциальная реабилитация состоит из работы по поддержке психосоциального и личного состояния пациента, что обеспечивает адаптацию пациента к новым условиям жизни и к социуму. Методы психосоциальной реабилитации способствуют восстановлению коммуникативной компетентности пациента, чтобы достичь эффекта социализации и выполнять общественно полезную деятельность, полноценные социальные функции и участвовать в жизни общества (Гарданова Ж.Р., Некрасов М.А., Хритинин Д.Ф., Чернов Д.Н., 2015).

Психосоциальная реабилитация рассматривается как часть социальной реабилитации и характеризуется направленностью воздействия на активный радикал личности, восстанавливая при этом социально значимые навыки и ролевые функции (Лифинцев Д.В., Анцута А.Н., 2013).

В психиатрии психосоциальная реабилитация рассматривается также как часть психиатрической реабилитации, использующая в своих подходах опыт работы психологов, психотерапевтов, социальных работников с

психически больными, испытывающими житейские трудности, явления стигматизации (одинокое, безработные и пр.).

В работах И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера, Я.А. Сторожаковой (2007) выделены основные этапы психосоциальной реабилитации: «этап активных краткосрочных психосоциальных вмешательств, которые могут проводиться на любом этапе оказания помощи; этап определения тяжести социальной дезадаптации; этап «промежуточных» звеньев, которые адаптируют пациента в социуме; этап восстановления навыков; этап внедрения и поддержки социального функционирования».

Следовательно, данная концепция («recovery») направлена на восстановление нарушенных функций, а также формировании стратегий совладания, обеспечивающих инклюзию пациентов психиатрического профиля в общество. При этом целью психосоциального подхода в реабилитации является обеспечение равновесия между жизнью субъекта в ситуации болезни и социальными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность и социальную адаптацию (Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А., 2016).

В настоящее время к наиболее распространенным формам психосоциальной реабилитации относятся: психообразовательная работа с пациентами и их родственниками, ведение индивидуального случая (менеджмент), интенсивное лечение в сообществе, семейная терапия, тренинг социальных навыков, защищенное трудоустройство, «жилье с поддержкой» (Мадорский В.В., 2012; Бурыгина Л.А., Ушаков Ю.В., Пономарева И.А., 2014; Чуканова Е.К., 2014; Brüldew В., 2006).

Считается, что психообразовательную работу необходимо проводить динамически. Доказано, что наиболее эффективным является максимально раннее введение психообразовательных мероприятий в комплекс лечебно-реабилитационных программ, способствующих активной борьбе с болезнью и ее последствиями (Еричев А.Н., 2007; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.,

Сторожакова Я.А., 2007; Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В., 2012).

Основные задачи психообразовательных программ это: «образование» и обеспечение «психосоциальной поддержки». В рамках первой задачи пациент получает информацию о психическом заболевании. Правильное понимание своего заболевания ведет к своевременному распознаванию и контролю его отдельных клинических проявлений.

Вторая задача базируется на взаимодействии больного с группой, которая способна поддержать, помочь выработать адекватные поведенческие, коммуникативные, адаптивные навыки.

Межличностное функционирование и прaxis страдающих параноидной шизофренией во многом зависит от психосоциального образования (Ривкина Н.М., Сальникова Л.И., 2009; Сальникова Л.И., Семенова Н.Д., Сторожакова Я.А. с соавт., 2013; Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021).

Комплексные программы психосоциальной реабилитации проводятся во многих региональных психиатрических службах как на базе психиатрических учреждений, так и непосредственно в сообществе.

Появились пациентские организации, клубные дома, но их очень мало, работает система надомной психиатрической помощи, есть дневные стационары, амбулатории.

В последние годы отмечается рост общественного сектора и волонтерства (НКО). Подчеркивается необходимость расширения участия общественного сектора (НКО) в общей системе психиатрической помощи. В частности, в оказании психологических, социальных, психотерапевтических и других услуг целевым группам населения (Солохина Т.А., 2021).

Одним из наиболее крупных учреждений, оказывающих реабилитационную помощь пациентам с ментальными нарушениями, в Москве является центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье» региональная благотворительная

общественная организация ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН (Солохина Т.А., Тюменкова Г.В., Данилова С.В., 2021):

Можно отметить, что существующие на сегодняшний день реабилитационные модели регионов РФ имеют общие задачи и направления работы, подразумевают участие пациента и его семьи, государства через решение экономических вопросов, общества с его правовой системой и образовательных институтов для подготовки специалистов. При этом можно выделить определенные недостатки:

- отсутствие единообразия в организационных модулях, внедренных для проведения медико-социальной работы на разных этапах лечения;
- нерегламентированные и неунифицированные методы и виды психосоциальных вмешательств;
- отсутствие единой системы оценки качества и эффективности психосоциального лечения/психосоциальной реабилитации;
- недостаточная поддержка государства общественного движения в психиатрии;
- низкая вовлеченность профессионального психиатрического сообщества в деятельность общественных организаций;
- недостаточное участие общественных организаций в планировании развития психиатрической помощи;
- недостаточное развитие взаимодействия между общественными организациями.

Причинами, тормозящими развитие общественного сектора, являются:

- низкая информированность общества и недоверие к деятельности общественных организаций;
- традиционное, связанное со стигмой, отношение государственных органов, властных структур к психиатрии и психически больным;
- недостаточная поддержка профессионалами службы;
- скепсис к общественным организациям, в связи с их недостаточными ресурсами;

- трудности вовлечения родственников и пациентов;
- нежелание, в частности случаев, общественных организаций работать с профессионалами в связи с недоверием к существующим формам психиатрической помощи.

Наряду с недостатками и трудностями в модернизации психиатрической службы имеются определенные достижения:

- признание психосоциального лечения и реабилитации базовыми видами помощи, наряду с фармакотерапией;
- развитие полипрофессионального подхода и принципов психосоциальной реабилитации;
- переход от общего воздействия к методам, направленным на восстановление ресурсов личности, навыков, знаний, умений;
- развитие концепции восстановления «Recovery» в психиатрии;
- реформирование системы помощи.

В 2021 г. при Российском обществе психиатров был создан Совет НКО в сфере охраны психического здоровья для налаживания взаимодействия между НКО и профессиональным психиатрическим сообществом и регламентации их деятельности. В него вошли руководители некоммерческих организаций из 85 регионов России.

Основными задачами Совета НКО явились:

- развитие общественно ориентированной системы медико-социальной реабилитации детей и взрослых с психическими особенностями;
- координация работы НКО, психиатрического сообщества, власти и СМИ;
- создание службы защиты прав людей с психическими расстройствами;
- общественный контроль в учреждениях психиатрического профиля;
- развитие волонтерского движения в психиатрии;
- решение проблем медико-социальной экспертизы;
- развитие адаптивного спорта для людей с интеллектуальными нарушениями, инклюзивное образование;
- трудоустройство людей с психическими особенностями.

Таким образом, анализ литературных данных подтверждает отсутствие в настоящее время четкой доступной модели психосоциальной реабилитации больных с психическими расстройствами.

1.3. Подходы к оценке эффективности реабилитационной работы с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, в зависимости от длительности расстройства

В последние годы повышенный интерес вызывают дебют шизофрении, а точнее первый психотический эпизод (ППЭ), нейробиологическая природа заболевания, приводящая к формированию нейрокогнитивного дефицита, и предотвращение прогрессивного развития заболевания, начиная с продромы. Некоторые исследования показали основные прогнозы заболевания в первые годы после дебюта психотических психических нарушений, когда симптомы проявляют выраженную гибкость (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010; Гуменюк Л.Н., Савин А.А., 2010; Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Паляева Р.И., 2017; Addington D., 2009; Bechdolf A., Wagner M., Ruhrmann S. et al., 2012).

Наиболее раннее начало лечения благоприятно влияет на патогенетические основы развития болезни, что приводит к предупреждению и профилактике неблагоприятного течения шизофрении. Накоплены данные и об эффективности раннего включения психосоциальных мероприятий на фоне проводимой психофармакотерапии в структуру помощи пациентам с первым психотическим эпизодом. Больных с первым психотическим эпизодом выделяют в особую группу нуждающихся в организационных формах комплексного терапевтического вмешательства, основанных преимущественно внебольничном оказании помощи. По всему миру организуются клиники первого психотического эпизода (КППЭ) со специализированным программным, персонализированным ведением пациентов (Дороднова А.С., 2006; Савин А.А., 2011; Sanbrook M. et al., 2003;

Malla A.K., Norman R.M., Joobert R., 2005; McGorry P.D., Killackey E., Yung A., 2008).

Дополнительного детального изучения требуют программы помощи душевнобольным, направленные на быстрое восстановление утраченных или измененных функций (Дороднова А.С., 2006).

В настоящее время недостаточным остается количество сравнительных результатов по оказанию помощи пациентам по программе КППЭ, проведенных на достаточном количестве объектов наблюдения и раскрывающих преимущества данной программы. Актуальным является не только изучение эффективности программы помощи пациентам с первым психотическим эпизодом, но и сопоставление полученных результатов с показателями успешности терапии (Дороднова А.С., 2006; Савин А.А., 2011; Fusar-Poli P., McGorry P.D., Kane J.M., 2017).

К основным направлениям психосоциального вмешательства при первом психотическом эпизоде относится информирование пациента и членов его семьи о различных аспектах заболевания, тактике и режиме лечения; достижение адекватного комплаенса; оптимизация приспособительного поведения и социального функционирования пациента; формирование адекватных отношений больного с его семьей. Наиболее эффективными методами медико-социальной помощи для больных с первым психотическим эпизодом как особой группы психиатрических пациентов признаны следующие базовые формы психосоциальных вмешательств: психообразование пациентов и их родственников, семейная терапия, тренинг социальных навыков и когнитивных функций, когнитивно-поведенческая терапия, социально-трудовая реабилитация, групповые занятия, что подтверждено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов. Многолетний клинический опыт помогает в решении вопросов оказания помощи пациентам, страдающим параноидной шизофренией, и их родственникам (Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю., 2010; Зайцева Ю.С., 2010; Савин А.А., 2011; Moller P.,

Husby R., 2000; Pillips L.J., McGony P.D., Yung A. et al., 2005; McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D. et al., 2006; Olsen K.A., Rosenbaum B., 2006).

И.Я. Гурович (2014) указывает на сокращение сроков и количества госпитализаций, улучшение семейного климата вследствие уменьшения нагрузки на родственников в ходе проведения психообразовательных программ. Психообразование представляет собой комплексное использование информационных, обучающих, психотерапевтических и тренинговых воздействий на занятиях, проходящих по принципу тематического семинара с включением элементов социально-поведенческого тренинга, это один из групповых когнитивно-поведенческих методов психотерапии. Основными принципами психообразования пациентов с первым психотическим эпизодом являются: предоставление пациенту и членам его семьи информации относительно заболевания и отработка адекватного психологического отношения к болезни; обучение способности управлять медикаментозной терапией; достижение снижения эмоционального напряжения, вызванного проявлениями психического расстройства; улучшение эмоциональных, коммуникативных, психологических особенностей для формирования стиля жизни; выработка навыков в решении жизненных проблем (Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А., 2009; Савин А.А., 2011; Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В., 2012; Сальникова Л.И., Семенова Н.Д., Сторожакова Я.А. с соавт., 2013; Гурович И.Я., 2014).

Российские психиатры, изучающие современные актуальные стратегии лечения пациентов с ППЭ, рекомендуют: предпочтительное лечение вне стационара, обязательные психосоциальные вмешательства, бригадный подход. Однако эти рекомендации мало восприняты рутинной практикой (Любов Е.Б., Бессонова А.А., 2008; Шукиль Л.В., Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Волчкова Т.Ф., 2016).

1.4. Подходы к оценке эффективности реабилитационной работы с пациентами, страдающими параноидной шизофренией, в зависимости от проводимой терапии

Современные стандарты лечения параноидной шизофрении предполагают необходимость дифференцированного применения антипсихотических средств. По мере развития психофармакологии значительный акцент был сделан на медицинскую (психофармакологическую) реабилитацию как базовую составляющую медикаментозного воздействия, создающую предпосылки для более успешной социально-трудовой реабилитации больных (Кнаппа М., 2001; Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., 2006; Тараканова Е.А., Кожанов А.В., 2015; Niemke C. et al., 2011).

На данный момент не найден золотой стандарт лечения пациентов с параноидной шизофренией, позволяющий не только облегчить симптомы болезни, но и восстановить адекватный уровень социальной адаптации (Чомский А.Н., 2008; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2016; Lieberman J.A. et al., 2005).

Терапия первых психотических приступов должна состоять из двух компонентов: биологической и психосоциальной терапии. При этом следует отметить, что их противопоставление является в определенной степени искусственным. Антипсихотическая терапия обнаруживает эффективность преимущественно в отношении продуктивной психопатологической симптоматики, а воздействие на негативные расстройства и когнитивный дефицит выражено в значительно меньшей степени. В то же время описывается влияние антипсихотиков социальную функцию пациентов, причем как в сторону улучшения показателей (ресоциализирующее действие, свойственное преимущественно атипичным антипсихотикам), так и в сторону их снижения (за счет побочных эффектов терапии и особенно явлений гиперседации). С другой стороны, психосоциальную терапию и

психосоциальную реабилитацию нельзя рассматривать только как методы влияния на социальную составляющую статуса пациентов. Несомненно, положительный эффект подобных методов отражается в снижении негативных и когнитивных расстройств. В современных исследованиях накапливается все больше данных, позволяющих говорить о положительном влиянии психосоциальных методов воздействия в отношении продуктивной симптоматики. В частности, психосоциальная терапия позволяет работать с возможностями восприятия и обработки информации и, таким образом, может способствовать не только лучшему социальному восстановлению больных, но и профилактике прогрессирования психотических расстройств. Более того, речь уже идет о биологическом влиянии психосоциальных воздействий (Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В., 2014; Любов Е.Б., Потешкин Н.М., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., 2015; Kahn R.S., Fleischhacker W.W., Boter H., 2008; Leucht S., Arbter D., Engel R.R. et al., 2009; Stephenson J.J., 2012; Yilmaz Z., 2012).

С учетом ресоциализирующего эффекта атипичные антипсихотики рассматриваются как препараты первой линии при терапии данной категории пациентов. Выбор препарата осуществляется в соответствие с силой его общего антипсихотического действия, спектром психотропной активности, сбалансированностью эффекта на различные компоненты синдрома, соотношением активирующего и седативного эффекта, возможностью прокогнитивного действия, скоростью наступления эффекта и его устойчивостью, а также спектром побочных эффектов и осложнений терапии. Целесообразно использовать минимально эффективные дозы препаратов, однако не в ущерб полноте купирования психопатологической симптоматики. Задачей терапии является достижение максимально возможного уровня ремиссии. Однако купированием психопатологической симптоматики не исчерпывается объем оказываемой психиатрической помощи. Ключевым аспектом представляется социальное восстановление больных, а о выздоровлении можно говорить лишь в случаях достижения

пациентами личностной и социальной автономии. Очевидно, что достичь высокого уровня социального функционирования, используя только психофармакотерапию, не представляется возможным. Необходимо максимально раннее присоединение психосоциальных воздействий (Любов Е.Б., Фролов М.Ю., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., 2014; Любов Е.Б., 2017; Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А. с соавт., 2017; Софронов А.Г., Грицевская Т.М., Савельев А.П., Корман Т.А., 2017; Markowitz J.S., Brown C.S., Moore T.R., 1999; Davis J.M., Chen N., Glick I.D., 2003; Edlinger M. et al., 2009; Leucht S., Corves C., Arbter D. et al., 2009).

При решении вопроса о характере, объеме, интенсивности и длительности фармакотерапевтических и психосоциальных поддерживающих лечебно-реабилитационных мероприятий целесообразно использовать максимально индивидуализированный подход к лечению, включающий широкий спектр анамнестических, клинических и социально-психологических факторов: генетическая природа заболевания; нарушения в период гестации, патология в родах; заболевания, отягощающие психический статус; нарушения адаптации в социуме; семейные и бытовые проблемы; особенности продромы, манифеста и редукции симптоматики; комплаентность; устойчивость болезненных проявлений; наличие нейрокогнитивного дефицита и дефицита социальной когниции, их структура и выраженность; наличие психосоциальных стрессовых факторов и др. Характеристики и структура указанных показателей и определяют объем и особенности поддерживающей и противорецидивной лекарственной и психосоциальной терапии. В части случаев требуется назначение антипсихотиков пролонгированного действия (в том числе, атипичных, учитывая их ресоциализирующий эффект). Показаниями для назначения подобной терапии могут явиться резидуальные симптомы, которые сохранились после острого состояния, неустойчивая компенсация патологической симптоматики, обострение с выраженным психозом, отсутствие приверженности терапии (Снедков Е.В., Бадри К., 2007;

Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А., 2013; Любов Е.Б., Матросова М.И., 2017; Lieberman A. et al., 2005; Nnadi C.U. et al., 2007; Correll C.U., Cañas F., Larmo I., Levy P. et al., 2011; Hamann J. et al., 2014).

1.5. Качество жизни и социальное функционирование пациентов с параноидной шизофренией

Помимо уменьшения психопатологических симптомов как показателя эффективности процесса лечения и реабилитации, исследователи также рассматривают возможность улучшения социальной сферы пациента. Это особенно важно при проведении лечения в психиатрии в условиях психиатрических учреждений города и области (Шемет В.А., Карпюк В.А., 2012; Савельева О.В., Петрова Н.Н., 2014; Тараканова Е.А., Кожанов А.В., 2015; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2016).

При сравнении качества жизни и социального функционирования пациентов с психическими расстройствами с представителями общей популяцией выявлено снижение этих показателей у душевнобольных и поэтому основной задачей динамической психосоциальной реабилитации выступает их восстановление или хотя бы повышение.

Отлаженная скоординированная работа стационарного и амбулаторного звеньев психиатрической службы, которая в полном объеме применяет адаптационно-компенсаторные механизмы и реализует реабилитационный потенциал, позволяет сохранять на достойном уровне социальные показатели пациентов (Литвинцев С.В., Платов С.В., Колчев А.И., 2009).

Показатель качество жизни – важный фактор в оценке адаптации и социального функционирования людей с психическими заболеваниями. По отношению к пациенту качество жизни характеризуется целым набором сторон жизни (физических, психологических, эмоциональных, социальных), которые обеспечивают способность пациента адаптироваться к симптомам

болезни, значительно снижающаяся у пациентов, что служит индикатором того, что включает когнитивные и аффективные расстройства (Шмуклер А.Б., 1999; Жукова О.А., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б., 2011).

Понятие «качество жизни» – это «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в отношении их целей, ожиданий, стандартов и проблем» (ВОЗ). За последние двадцать лет наблюдается рост интереса к данной проблеме. Кроме того, появление более современных лекарств, таких как атипичные нейролептики, обладающих лучшей переносимостью по сравнению с типичными стало приводить к более заметным результатам. При оценке показателя качества жизни данной категории пациентов следует учитывать мнение больного. До сих пор существуют сомнения в способности больных параноидной шизофренией самостоятельно оценивать качество своей жизни, что объясняется их когнитивными нарушениями и снижением критики болезни Lehman et al. (1983) предложили оценку качества жизни проводить комплексно врачам совместно с пациентами, но рекомендовали осторожно относиться к достоверности оценок со стороны пациентов. Вопросы достоверности самооценки пациентами качества жизни широко обсуждаются в психиатрической практике. Browne et al. (1996), подытожив мнения других авторов, предложили учитывать клиническую оценку качества жизни пациентами психиатрических больниц. Skantze et al. (1992) описали способность пациентов с шизофренией оценивать степень социальных нарушений. Lehman показал, что оценка больным параноидной шизофренией своей социальной сферы может быть достоверной и может применяться у пациентов данной категории (Бабин С.М., Случевская С.Ф., Ульчева Т.А., 2013; Lehman A.F., 1983; Skantze K., Malm U., Dencker S.J., May P.R., Browne S., Roe M., Lane A. et al., 1996; Bobes J., Garcia-Portilla M.P., Bascaran M.T., Saiz P.A. et al., 2007).

Ученые связывают улучшение качества жизни пациентов при лечении атипичными нейролептиками с высокой эффективностью и низким риском

возникновения побочных (Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., 2007; Масловский С.Ю., Козловский В.Л., 2009; Marder S.R., Galderisi S., 2017).

В многочисленных работах отмечен факт изменения качества жизни под влиянием того или иного антипсихотического препарата (типичного или атипичного), назначенного врачом. Обнаружено, что пациенты, принимающие атипичные нейролептики, обладают более высоким качеством жизни, чем пациенты, принимающие типичные антипсихотики (Шадрин В.Н., 2007; Оруджев Н.Я., 2010; Kucharska-Pietura K., Mortimer A., 2013).

1.6. Показатель когнитивного функционирования пациентов с параноидной шизофренией

В последнее время перед специалистами в области изучения когнитивных расстройств при шизофрении появился целый ряд новых задач. На первый план выступает проблема поиска способов восстановления когнитивной сферы фармакологическими и психотерапевтическими средствами. Успешное купирование психотических симптомов оказалось недостаточным для улучшения прогноза болезни. Было показано, что функциональный исход в существенной степени связан с сохранностью когнитивного функционирования пациента (Романенко Р.Н., Ширяев О.Ю., Нестерова Т.Б., 2008; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С., 2012; Плотников В.В., Плотников Д.В., 2018; Marder S.R., Galderisi S., 2017).

Когнитивные нарушения при шизофрении также могут обнаруживаться еще на продромальном этапе заболевания и в наибольшей степени прогрессируют в первые годы болезни (наиболее критическими считаются первые пять лет). Речь идет о нарушениях различных видов памяти, внимания, скорости обработки информации, исполнительной функции. Дефицит социального познания как критерий снижения социального статуса

пациента является наиболее значимым и сопровождается расстройствами функции общения в социуме, умением решать конфликтные ситуации в сложных жизненных условиях, полнотой социального познания (Зайцева Ю.С., 2010; Плотников В.В., Плотников Д.В., 2018; Harvey P.D., Strassnig M., 2012; Marder S.R., Galderisi S., 2017).

У пациентов с нарушением социальных когний обнаруживается ухудшение способности к эмоциональному анализу собственных и чужих эмоций, вербальной информации, выражению чувств и мыслей. Указанные расстройства связаны с существенными социальными потерями, сопровождающими начальный этап болезни. В значительном числе случаев психотические расстройства развиваются в молодом возрасте – возрасте наиболее интенсивной социализации человека. Возникающее заболевание создает препятствия для личностного роста, получения образования, развития сети социальных контактов, становления семьи и профессиональных достижений. Социальные потери этого периода достаточно трудно компенсировать в последующем. Кроме того, возникновение психического заболевания, как правило, является серьезным психосоциальным стрессом для самого больного и его ближайшего окружения. Таким образом, можно говорить о биологической и социальной «токсичности» начальных этапов заболевания, что ставит задачу формирования системы помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями (Сергиенко Е.А. с соавт., 2010; Базарсадаева Э.Ж., 2013; Cohen A.S., Minor K.S., 2010; Cohen A.S., Morrison S.C., Brown L.A. et al., 2012).

Когнитивное функционирование является еще одной мишенью и показателем эффективности психореабилитационных программ, а также ядерным компонентом в структуре шизофрении и в значительной степени определяет уровень социального функционирования данной категории больных (Гарах Ж.В., Зайцева Ю.С., Орешкина А.С. и соавт., 2017;

Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., 2000; Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D. et al., 2012).

Снижение показателей исполнительных и когнитивных функций определяется батареей диагностических тестов и с успехом могут купироваться различными вариантами схем с применением атипичных нейролептиков (McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D. et al., 2006; Javitt D.C., 2015).

Сегодня наряду с продуктивными и негативными симптомами нейрокогнитивные нарушения занимают третье место по важности, играя при этом ведущую роль в развитии дезадаптации душевнобольных (Harvey P.D., Koren D., Reichenberg A. et al., 2006; Badre D., Wagner A.D., 2007). Практически у 70% больных шизофренией нейрокогнитивные нарушения отмечается уже на прогностической стадии болезни; они нестабильны, усугубляются с развитием заболевания (Романенко Р.Н., Ширяев О.Ю., Нестерова Т.Б., 2008; Strauss G.P., Morra L.F., Sullivan S.K. et al., 2015).

Согласно результатам, полученным при проведении многочисленных экспериментально-психологических исследований психических функций, процесс переработки информации у пациентов с параноидной шизофренией происходит крайне неэффективно. Наиболее выраженными и частыми нарушениями являются нарушение различных видов когнитивных процессов, исполнительских функций (Говорин Н.В., Панина А.Н., 2007; Corrigan P.W., 1997; Sumiyoshi C., Sumiyoshi T., Nohara S. et al., 2005; Hartmann-Riemer M.N., Hager O.M., Kirschner M. et al., 2015).

Помимо нейрокогнитивных функций понятие когнитивного функционирования при параноидной шизофрении включает в себя «социальные когнитивные функции», данный термин включает сферы познавательной деятельности, которые подразумевают способность индивида получать, интерпретировать информацию. Социальные когнитивные функции – это способность управления социальным поведением в качестве набора когнитивных процессов, используемых для анализа и синтеза

социальной информации (Gur R.E., Kohler C.G., Ragland J.D. et al., 2006; Piskulic D., Addington J., 2011; Gallagher S., Varga S., 2015).

Параноидная шизофрения характеризуется четырьмя ключевыми доменами: нарушение когнитивных функций, эмоциональной сферы, восприятия социального окружения, способности распознавать другого (Лоскутова В.А., 2009; Алфимова М.В., 2010; Айгунова О.А., 2011; Aghevli M.A., Blanchard J.J., Horan W.P., 2003; Frith C.D., 2004; Berenbaum H., Kerns J.G., Vernon L.L. et al., 2008).

Важным теоретическим конструктом способностей правильно понимать свои и чужие эмоции, контролировать их и использовать в процессе принятия конструктивных решений в проблемных жизненных ситуациях считается эмоциональный интеллект. Эмоциональный интеллект включает связь эмоциональной сферы личности и мышления. (Treméau F.A., 2006; Henry J.D., Green M.J., De Lucia A. et al., 2007; Healey K.M., Pinkham A.E., Richard J.A. et al., 2010; Ventura J., Wood R.C., Jimenez A.M. et al., 2013).

Для большинства пациентов с параноидной шизофренией характерны нарушения способности выстраивать «Внутреннюю модель сознания другого», распознавать эмоции, воспринимать различные аспекты социальной перцепции в рамках социального функционирования (Messinger J.W., Treméau F., Antonius D. et al., 2011).

В современном понимании шизофрении и расстройств шизофренического спектра особое значение отводится процессам, происходящим с социально-когнитивными функциями. Их сохранность или дефицит, а также динамика нарушений тесно связаны с тем, как пациенты выполняют социальные функции. Считается, что нарушения социального функционирования в период ремиссии в первую очередь коррелирует с показателями социальных когниций, затем – с нейрокогнитивным профилем, негативными расстройствами и продуктивной симптоматикой (Brown E.C., Tas C., Can H. et al., 2014; Lysaker P.H., Leonhardt B.A., Brune M. et al., 2014).

С ростом интереса к роли социальных когниций при шизофрении закономерно возникла необходимость в консенсусном определении понятия социальных когниций, а также в методах их оценки. В 2006 году «Национальный институт психического здоровья США» (NIMH) выделил ключевые когнитивные домены: «Модель психического», (Theory of mind), социальная перцепция (Social perception), атрибутивный стиль (Attributional bias), социальное знание (Social knowledge) и распознавание эмоций (Emotional processing). Также были определены основные направления актуальных исследований и проблемы, связанные с методиками оценки социальных когниций (Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., 2014; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Green M.F., Penn D.L., Bentall R. et al., 2008; Nangle D.W., Hansen D.J., Erdley C.A., Norton P.J., 2010).

В 2010 году Р.Н. Lysaker с соавт. предложили еще один домен – социальная метакогниция (Social metacognition), характеризующий возможность оценить мыслительную деятельность как свою собственную, так и других людей (Lysaker P.H., Dimaggio G., Carcione A. et al., 2010). Это в последующем позволяет делать выводы о собственной идентичности и переменах в ней с течением времени. Самовосприятие, включая способность к действию и самопознание включаются в социальную метакогницию как субдомены. Социальная реципроктность (Social Reciprocity), подразумевает включение субъекта в эмоциональные и социально приемлемые взаимоотношения. Для этого необходима способность понимать намеки, правильно на них реагировать, правильное восприятие того, как другие люди относятся к собственному поведению, а также эмоциональная включенность. Авторы, занимающиеся исследованием когнитивных функций, нередко отмечали недостаточное качество имеющихся методик, их частую недостоверность или проблемы с трактовкой получаемых результатов (Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., 2014; Hoekert M., Kahn R.S., Pijnenborg M., Aleman A., 2007). Также возникают определенные сложности в интерпретации результатов при сравнении данных исследований,

проведенных различными группами авторов. Спустя несколько лет, в 2012–2014 гг., состоялось большое консенсусное исследование, посвященное выбору лучших, с точки зрения экспертного сообщества, методик оценки социальных когниций, которые в последующем были подвергнуты полевым испытаниям (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J., 2014).

Современные исследования направлены на изучение социального и эмоционального интеллекта пациентов, страдающих параноидной шизофренией. На базе наиболее крупных медико-реабилитационных отделений РФ в условиях повседневной клинической практики проводилось детальное изучение эффективности мотивационного и социально-когнитивного вмешательств. В исследовании применяли методику понимания намека («Hinting Task») (Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. с соавт., 2015).

Применение методики «Hinting Task» у пациентов с параноидной шизофренией описано также и в отделении первого эпизода болезни Московского научно-исследовательского института психиатрии (Морозова А.А., Орешкина А.С., Гарах Ж.В. с соавт., 2017).

Преимущества используемых модификаций методик «Hinting Task» и «Лица Экмана» заключаются в возможности более тщательного изучения нарушений компонентов социального интеллекта у больных шизофренией. При этом материал использованных модификаций методик является легким для выполнения, не вызывающим у лиц, страдающих параноидной шизофренией, затруднений (Рычкова О.В., 2014).

Когнитивный дефицит при шизофрении способствует нарушению адаптации душевнобольных и затрудняет реабилитационный процесс, а при увеличении уровня нейрокогнитивного функционирования прогрессирует степень профессиональной и социальной инклюзии. Это открывает широкие возможности в плане разработки новых лечебно-реабилитационных программ, направленных на восстановление нейрокогнитивного

функционирования у пациентов с параноидной шизофренией (Sharma T., Harvey Ph., 2000; Shean G., Meyer J., 2009).

Доказано, что степень выраженности когнитивного дефицита тесно связана с такими факторами как фаза заболевания, длительность, продолжительность и характер терапии (Mancuso F., Horan W.P., Kern R.S. et al., 2011).

1.7. Ремиссии и обострения как показатель психического состояния больных параноидной шизофренией

Для параноидной шизофрении характерны выраженные разноплановые симптомы. В ремиссии могут наблюдаться различные варианты течения болезни. Существующие международные критерии оценки качества ремиссии недостаточно унифицированы и стандартизированы. Термин «ремиссия» подразумевает «улучшение состояния, вследствие уменьшения основных клинических проявлений болезни. При этом поведение больных страдает незначительно и минимальны основные диагностические признаки». Зачастую достижение качественной ремиссии сопряжено с трудностями и несмотря на современную адекватную терапию у больных сохраняется дефицитарная симптоматика. По мнению Г.В. Зеневича (1964), ремиссии – это ослабление симптоматики, которое в некоторой степени оказывает благотворное влияние на социально-трудовую адаптацию. Дисперсионный анализ подтвердил сбалансированность разработанных критериев возможности формирования периода улучшения состояния при различных диагнозах по МКБ-10 (Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю., 1994; Мосолов С.Н., Потапов А.В., Дедюрина Ю.М. с соавт., 2010; Потапов А.В., 2010; Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А., Костюкова А.Б. с соавт., 2011; Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L. et al., 2000; Vanos J., Burns T., Cavallaro R., Leicht S. et al., 2006).

Проблема профилактики рецидивов, их раннего купирования и поддержание длительной ремиссии продолжает оставаться главной в процессе лечения и психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией. Ремиссия должна сопровождаться восстановлением социального и физического функционирования.

По мнению многих авторов, достижение наиболее полной ремиссии, возможной с помощью психофармакологической терапии психических расстройств, – это не только отсутствие психопатологических симптомов, но также снижение риска рецидива, длительная ремиссия и снижение риска хронического заболевания. Это также связано с улучшением физического состояния, социального функционирования, а также снижение потребления медицинских услуг, за которым следует депрессия (Потапов А.В., Дедюрина Ю.М., Ушаков Ю.В. с соавт., 2010; Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н., 2012; Wobrock T., Köhler J., Klein P., Falkai P., 2009).

Работы О.А. Вишневской, А.Н. Гвоздецкого и Н.Н. Петрова (2012) посвящены описанию ремиссий с точки зрения уровня социального функционирования, включающего нарушения социальной деятельности и межличностного общения. Больные с различным трудовым статусом (работающие и неработающие) демонстрируют различные типы ремиссий. Пол и уровень образования пациентов играет ведущую роль в формировании качества ремиссии, у женщин и у больных с достаточным уровнем образования ремиссии протекают более благоприятно. У семейных пациентов в отличие от одиноких ремиссия также формируется легче. Структура и качество ремиссии зависит от выраженности негативной симптоматики, уровня согласия с имеющимся бытовым окружением, семейным коммуникативным устройством, которые влияют на все сферы социального функционирования.

Для больных параноидной шизофренией в ремиссии является необходимым развитие образовательных программ (Смулевич А.Б.,

Андрющенко А.В., Бескова Д.А., 2007; Lasser R.A., Bossie C.A., Gharabawi G.M., Kane J.M., 2005).

Достаточное качество и длительность ремиссии является первоочередной задачей в лечении душевнобольных. Главным условием предотвращения рецидивов расстройства является продолжение лекарственной терапии (Бурминский Д.С., 2018; Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M. et al., 1994; Eberhard J., Levander S., Lindström E., 2009).

Динамика состояния пациентов на основе клинической картины, подкрепленной психометрическими шкалами, позволяет выделить три группы пациентов с разными вариациями начала заболевания, которые условно были названы responder, patresponder, non-responder (Цыганков Б.Д., Вильянов В.Б., 2005).

Таким образом, спектр психосоциальных мероприятий, используемых при оказании помощи пациентам с параноидной шизофренией, довольно обширный. Помимо прямой социальной поддержки, широко применяются техники психообразования, семейная терапия, а также восстановительная терапия (когнитивная ремедиация). Каждое из этих направлений включает довольно обширный перечень психосоциальных методик, направленных на определенные аспекты восстановления функционирования больных. На начальных этапах необходимо создание терапевтической среды и налаживание продуктивного контакта с пациентом и его родственниками (Казаковцев Б.А., 2009; Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2014; Cohen M.R., Anthony W.A., 1998; Green M.F., Horan W.P., 2010). Также уже на ранних этапах оказания помощи необходимо проведение мотивационного тренинга как для пациентов, так и для их ближайшего окружения с целью формирования понимания важности лечебных и психосоциальных реабилитационных мероприятий как важнейшего компонента помощи больным, в том числе на начальных этапах заболевания.

Выделены несколько видов реакций на впервые возникшее психотическое состояние:

- 1) минимизация проблемы;
- 2) гиперболизация последствий заболевания;
- 3) идентификация симптомов с особенностями пациента;
- 4) принятие психической болезни и роли больного;
- 5) отрицание болезни.

Каждая из этих реакций требует соответствующих подходов к проведению психосоциальных мероприятий (Фукс Д.М., 2007; Burns Т., Patrick D., 2007).

Для решения широкого круга этих и других задач используются образовательные и психосоциальные реабилитационные программы. Следует подчеркнуть преимущества интерактивного характера занятий, существенно отличающегося от лекционного изложения материала. Несмотря на четко структурированный дизайн и содержание подобного модуля, его конкретное наполнение обусловлено в первую очередь особенностями проявлений заболевания у участников, активно вовлеченных в процесс обсуждения материала, нацеленного на имеющуюся у них психопатологическую симптоматику, когнитивные и социальные проблемы. С определенной долей условности можно выделить несколько блоков, имеющие свои целевые задачи:

- 1) блок «знание» причин болезни, симптоматики, течения, вариантов лечения направлен на своевременное распознавание признаков дебюта;
- 2) «ситуация» (ситуации и обстоятельства, провоцирующие ухудшение). Основной задачей блока является формирование навыков совладания, в том числе с остаточной психопатологической симптоматикой;
- 3) «социальный контекст» (раскрываются социальные события и взаимодействия, стигматизация и самостигматизация, мифы о болезни, роль социальной поддержки);

4) «обратная связь» (оценка своего состояния пациентом и ее сопоставление с мнением окружающих) (Бурыгина Л.А., 2013; Crawford M., 2001).

В широком смысле современная модель психообразования, кроме собственно «образования» пациентов и их ближайшего окружения, подразумевает обучение навыкам в решении проблем, тренинг коммуникативных и социальных навыков, обучение навыкам «мобилизации» ресурсов сообщества и др. (Гурович И.Я., 2011; Головина А.Г., Кравченко Н.Е., 2016).

Отдельного рассмотрения заслуживает тренинг социальных навыков, представляющий собой высокоструктурированный образовательный подход к терапии и психосоциальной реабилитации психических расстройств. Существенной проблемой для многих психически больных является недостаточность получения, обработки информации и формирования адекватного ответа на внешние стимулы. В частности, речь идет о навыках ведения беседы, навыках социальной перцепции и решения проблем в отдельных сложных ситуациях. Задачами тренинга является постепенное расширение и углубление социальных навыков. Модули подобных тренингов представляют собой пошаговую инструкцию, позволяющую легко их применять на практике и тиражировать (Morosini L., Magliano L., Brambilla L. et al., 2000; Brekke J.S., Hoen M., Long J. et al., 2007; Roberts D.L., Penn D.L., 2009; Mazza M., Lucc G., Pacitti F. et al., 2010).

Работа с ближайшим окружением пациента также является одним из важных аспектов психосоциальных мероприятий. Семья – это основная поддерживающая система, однако дисгармоничный семейный коммуникативный стиль и отношение к заболеванию может служить дезадаптирующим фактором, в части случаев способствующим его повторным обострениям. В частности, отрицательную роль играет высокий уровень эмоциональной экспрессивности – стиль семейных отношений, проявляющийся во враждебности, высоком уровне критицизма и

эмоциональной сверхвовлеченности. Характерны постоянные негативные комментарии и невербальные проявления. Дезадаптирующим фактором является отношение ближайшего окружения с преобладанием эмоциональной холодности и при этом доминирования, подавления; в этих случаях типична чрезмерная забота о формальных аспектах взаимоотношений (чистая одежда, регулярное питание и т.п.) с повышенными требованиями (жесткие правила, наказания за провинности), ограничениями («дурное влияние приятелей», предполагаемые опасности), вмешательством в жизнь пациента без истинной эмоциональной близости, заинтересованности в его потребностях (Nakagami E., Xie B., Ное М., Brekke J.S., 2008).

Семейная терапия направлена на улучшение семейного климата, создание буфера для внесемейных стрессоров и уменьшение нагрузки на семью. Мишенями терапии являются семейный коммуникативный стиль, обучение стратегиям совладания с возникающими внутрисемейными и внешними неблагоприятными факторами, развитие способности противостоять им с выработкой наиболее адаптивных форм поведения, что в целом способствует уменьшению психобиологической уязвимости пациентов и, таким образом, может благоприятно сказываться на течении заболевания со снижением частоты его повторных обострений, уменьшением их тяжести и, как следствие, вероятности повторных госпитализаций (Campbell P., 2001).

В основе указанной психобиологической уязвимости больных лежит структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга, что приводит к нарушению формирования «эфферентных копий», к рассогласованию ожидания и результата действия, нарушению анализа и синтеза информации, поступающей от различных анализаторов и формирования интегративного образа. «Чрезмерная» для такого человека нагрузка социального взаимодействия может приводить к срыву компенсаторных механизмов и развитию психотической симптоматики. Такими «чрезмерными» могут быть в том числе повседневные

коммуникации, однако «избыточные» в данном конкретном случае. Когнитивный тренинг в этих ситуациях направлен на увеличение устойчивости компенсаторных механизмов и оказывает, таким образом, терапевтическое действие (Corcoran R., Mercer G., Frith C.D., 1995; Medalia A., Revheim N., Casey M., 2000; Gard D.E., Fisher M., Coleman G. et al., 2009).

Когнитивная ремедиация подразумевает восстановление утраченных или формирование высших психических функций (ВПФ) или их тренинг. Когнитивный восстановительный подход впервые был предложен в конце 1960-х годов, когда были опубликованы результаты тренинга внимания и абстрактного мышления с использованием метода условного подкрепления. В последние годы данный подход получил новый импульс к развитию: занятия проводят в индивидуальном или групповом формате; используя карандаш и бумагу или осуществляя компьютерный тренинг. Применяется стандартизированный набор заданий или работа индивидуализирована в зависимости от имеющегося когнитивного дефицита (Sprong M., Schothorst P., Vos E. et al., 2007; Mehl S., Rief W., Lüllmann E. et al., 2010).

К методикам когнитивной ремедиации относятся: программы обучения стратегии, восстановительный подход, компенсирующая ремедиация. Следует также указать на такие методики, как тренинг когнитивных функций и социальных навыков (ТКСН), а также метакогнитивный тренинг (Harvey P.D., Green M.F., Keefe R.S.E., Velligan D., 2004; Marwick K., Hall J., 2008; Horan W.P., Kern R.S., Shokat-Fadai K. et al., 2009; Moritz S., Vitzthum F., Randjbar S. et al., 2010).

Тренинг когнитивных функций и социальных навыков представляет собой многоступенчатую интегративную терапевтическую программу (Moritz S., Woodward T.S., 2006; Versmissen D., Janssen I., Myin-Germeys I. et al., 2008).

Метакогнитивный тренинг направлен на исправление нарушения социальной перцепции, поведения, которые способствуют декомпенсации

психотического состояния. Основная цель занятий – обучение распознаванию ошибок в социально-когнитивном функционировании и избеганию «когнитивных ловушек», а также изменение подходов к принятию решений и стилю поведения (Woodward T.S., Moritz S., Chen E.Y., 2006; Moritz S., Woodward T.S., 2007; Kurtz M.M., Richardson Ch.L., 2012; Sachs G., Winklbaur B., Jagsch R. et al., 2012; Lysaker P.H., Dimaggio G., 2014).

Таким образом, современная психиатрия направлена на внедрение и развитие системы оказания психосоциальной помощи населению в виде полипрофессиональной, персонифицированной, предпочтительно внестационарной форм помощи на основе биопсихосоциального подхода (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2011; Dzidushko T., 1984; Woodward T.S., Moritz S., Cuttler C., Whitman J.C., 2006; Farkas M., 2007; Roberts D.L., Penn D.L., 2009).

Исследователи, работающие в направлении нейрореабилитации, ориентированы на создание единой системы оценок эффективности лечебно-восстановительного направления для специалистов, занимающихся проблемой психосоциальной реабилитации пациентов данной категории. В современных условиях созрела необходимость разработки и внедрения авторских, простых, наглядных и удобных шкал и методик в оценке разных видов нарушения социального функционирования и их динамики в качестве надежных достоверных измерительных технологий (Byrne P., 2003; Barch D.M., 2005; Reichenberg A., Harvey P.D., 2007).

ГЛАВА 2. ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика психиатрической помощи в Саратовской области и основных эпидемиологических показателей

В Саратовской области функционирует современная модель централизованной психиатрической и наркологической службы, включающая развитую амбулаторно-поликлиническую и стационарную сеть, межрайонные психоневрологические диспансеры с «реабилитационными пространствами».

Саратовская область включает в себя 38 районов. По данным Госкомстата РФ численность населения составляет 2 487 529 человек (2019).

В структуре службы функционируют 9 учреждений (четыре психиатрические больницы и пять психоневрологических диспансеров) (приложение А).

Всего по области насчитывается 2885 психиатрических и наркологических коек. Из них 2405 – психиатрических коек и 480 – наркологических (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Согласно приказу Министерства здравоохранения Саратовской области № 389 от 30 марта 2011 года «О порядке оказания психиатрической и наркологической помощи в Саратовской области и маршрутизации пациентов», за каждым лечебным учреждением закреплен свой регион (города и районы области), что позволило решить задачу доступности психиатрической помощи для населения (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017) (Рисунок 2.1, 2.2).

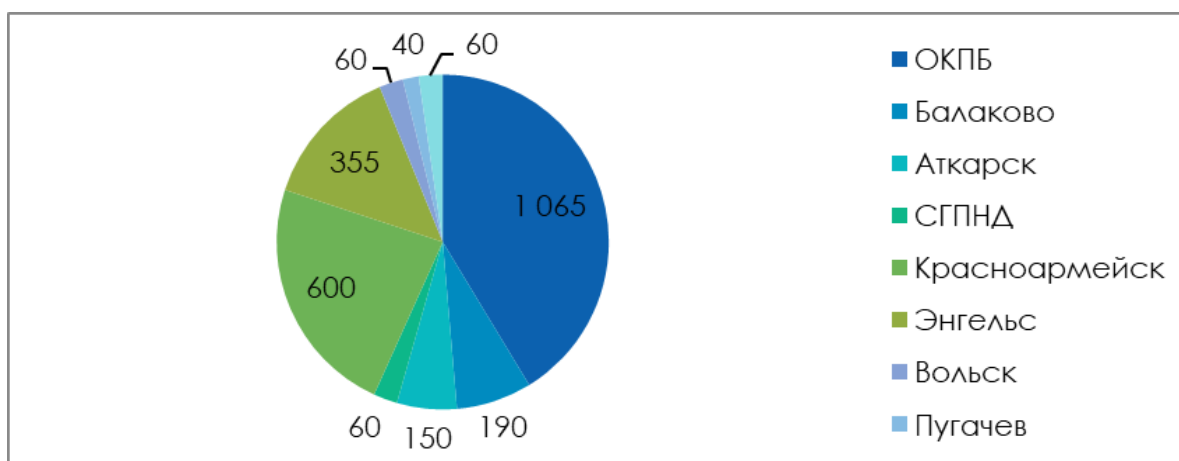


Рисунок 2.1 – Распределение психиатрической помощи в различных стационарах области (коечный фонд)

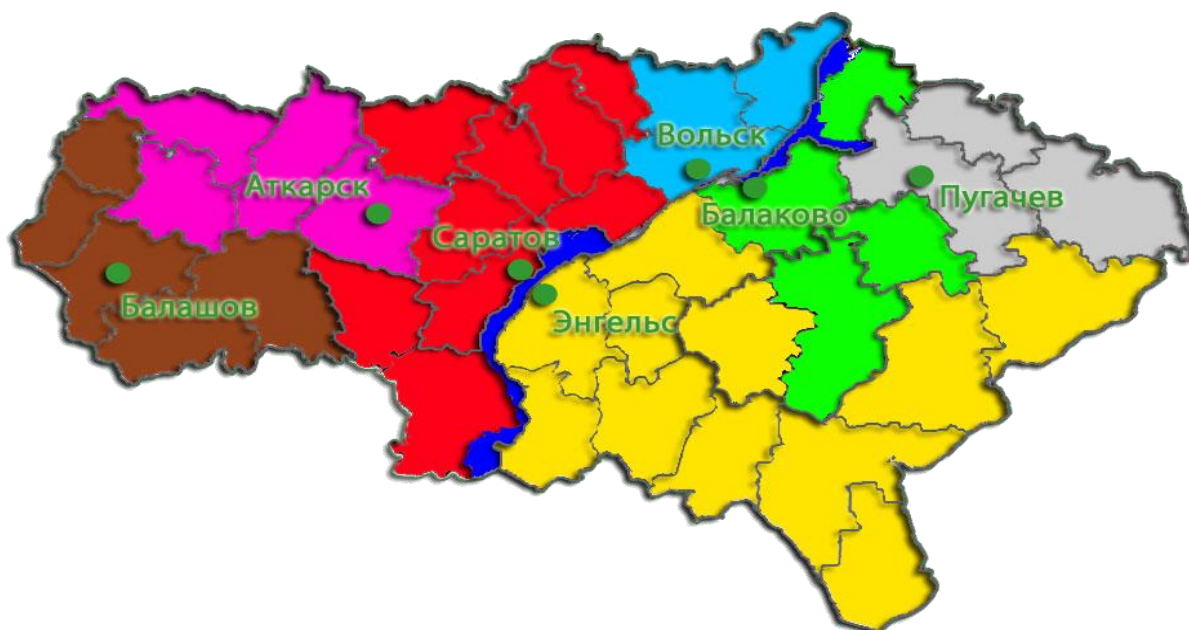


Рисунок 2.2 – Схема закрепления муниципальных округов области за межрайонными психоневрологическими диспансерами

Основными психиатрическими учреждениями, оказывающими стационарную и амбулаторную помощь населению в Саратове и Саратовской области, являются ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» (ОКПБ), ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» (Саратовский ГПНД) и ГУЗ «Балаковский ПНД» (Балаковский БПНД) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Анализ работы данных учреждений для проведения научного исследования обусловлен внедряющейся в них биопсихосоциальной моделью оказания помощи психически больным, а также достаточными

показателями работы стационара (коечный фонд, оборот коек, процент использования коек, среднегодовое количество коек, динамика поступлений больных с шизофренией, средняя длительность пребывания больных в стационаре).

Оценка эффективности психиатрической службы в Саратовской области проводилась на основе комплексного анализа работы крупнейших областных психиатрических учреждений.

Таким образом, наиболее репрезентативными для исследования явились статистические показатели, предоставленные ОКПБ г. Саратова, СГПНД и Балаковский ПНД. В качестве методики применялась оценка динамики основных медико-демографических (численность населения, смертность, рождаемость), статистических показателей эффективности работы данных учреждений (оборот койки, процент использования коек, среднегодовое число коек, длительность пребывания в стационаре, динамика поступления пациентов) и эпидемиологических показателей (общая заболеваемость, первичная заболеваемость, динамика числа посещений психиатра, количество больных, снятых с диспансерного наблюдения, динамика инвалидности).

2.2. Характеристика выборки больных параноидной шизофренией

Для разработки оптимальной модели психиатрической службы региона, основанной на полипрофессиональном персонифицированном подходе в лечебной и психосоциальной реабилитационной стратегии, было проведено детальное научное исследование. Проведенное исследование характеризуется несколькими признаками: это эмпирическое исследование (непосредственное взаимодействие с объектами исследования); прикладное (получение результатов для решения конкретных проблем); констатирующее (средовое) (исследование, проводимое в определенные сроки, в целях изучения и дальнейшего сопоставления); лонгитюдное (изучение

особенностей объекта в динамике); рандомизированное (деление выборки на группы исследования); когортное (изучение психического состояния пациентов, распределенных в группы); ретроспективное (с использованием данных медицинской документации).

Критерии, использованные в работе, соответствовали диагнозу параноидной шизофрении согласно МКБ-10. Параноидная шизофрения рассматривалась как вариант непрерывно текущего прогрессивного процесса (Снежневский А.В., 1972).

Сплошным методом проанализирована генеральная совокупность историй болезни пациентов с различными формами шизофрении, находящихся на лечении в психиатрических учреждениях города и области с 2011 по 2018 гг.: ОКПБ, Саратовский ГПНД и Балаковский БПНД. Сформирована выборка пациентов (n=997) с параноидной шизофренией с непрерывным типом течения, находящихся на лечении в выбранных психиатрических учреждениях, получающих терапию типичными и атипичными нейролептиками. Выборку пациентов разделили на два блока согласно длительности психического расстройства. Первый блок составили пациенты с первым психотическим эпизодом (длительность расстройства менее пяти лет, не более трех обострений) (n=412). Второй блок составили пациенты с хроническим течением (с длительностью расстройства более пяти лет, количество обострений более трех) (n=585). Методом рандомизации с использованием компьютерной программы генератора случайных чисел в I группу были включены пациенты с непрерывным, но малопрогрессивным течением, длительностью расстройства первые пять лет, количеством обострений не более трех (n=196, 46,7% – группа с первым психотическим эпизодом). Вторую группу составили пациенты, квалифицируемые как с непрерывным, умеренно прогрессивным течением, с длительностью расстройства более пяти лет, количеством обострений более трех (n=224, 53,3%) (Рисунок 2.3).



Рисунок 2.3 – Экстенсивность длительности заболевания (%)

Таким образом, на основании клинико-психопатологического метода обследования, у всех пациентов (n=420) было квалифицировано, непрерывнотекущее течение параноидной шизофрении, что соответствует в МКБ-10 параноидной шизофрении с непрерывным типом течения (F20.00-20.006). По признаку прогрессивности случаи непрерывнотекущей шизофрении, взятые для данной работы (n=420), в соответствии с систематикой, представленной в Руководстве по психиатрии под ред. А.В. Снежневского (1972), относились к прогрессивным, в частности, мало и умеренно прогрессивным формам.

В структуре прогрессивной формы шизофрении в соответствии со стандартизированной синдромальной оценкой у всех обследуемых в анамнезе были выделены бредовой и галлюцинаторный варианты: острый параноидный приступ (в т.ч. с синдромом Кандинского-Клерамбо) – 48,4%; острый галлюцинаторный приступ – 38,3%; острый параноидальный приступ (приступ с интерпретативным бредом) – 11%; острый парафренный приступ – 2,3%. Психопатологическая симптоматика применительно к выборке (n=420) была рассмотрена в структуре следующих синдромов: параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдром (в том числе Кандинского-Клерамбо) (76,2%, n=320). Остальные синдромы (кататонический,

неврозоподобный, психопатоподобный, аффективно-бредовый, аффективно-галлюцинаторный, парафренный синдромы) преобладали в меньшей степени (23,8%). Возраст начала заболевания определялся с момента выявления первых психотических проявлений (бред, галлюцинации, отсутствие критики к своему состоянию), регистрируемых в соответствующей медицинской документации. Манифестация расстройства наблюдалась в среднем в возрасте $37,2 \pm 2,1$ года ($A=18-63$ лет). Из обследуемых пациентов 195 (46,4%) женщин и 225 (53,6%) мужчин. Для распределения объектов исследования по возрасту применяли возрастную периодизацию, рекомендованную VII научной конференцией по возрастной морфологии, физиологии и биохимии (Москва, 1965) (Таблица 2.1, Рисунок 2.4).

Таблица 2.1 – Распределение объектов исследования по возрасту и полу

Пол	Возраст (лет), возрастная группа	Абсолютное количество		%	
		I группа	II группа	I группа	II группа
Мужчины	18-21 юношеский период	35	31	30,4	28,5
	22-35 первый период зрелого возраста	41	37	36,3	33,3
	36-60 второй период зрелого возраста	38	34	33,3	30,9
	61-63 пожилой возраст	0	9	0	7,3
	Итого	114	111	100	100
Женщины	18-20 юношеский период	23	31	28,0	27,3
	21-35 первый период зрелого возраста	33	39	40,3	34,4
	36-55 второй период зрелого возраста	25	35	30,5	31,2
	56-63 второй период зрелого возраста	1	8	1,2	7,1
	Итого	82	113	100	100

У всех обследуемых пациентов отмечалась различная степень выраженности нарушений социального функционирования. Для оценки социального функционирования больных (СФ) анализировали данные из лечебного учреждения (особенности социально-трудовой ситуации, инвалидизация, частота обращений к психиатру, госпитализаций и пр.). Дополнительным подтверждением нарушения социального

функционирования пациентов рассматривались психометрические показатели обследования: снижение качества жизни; снижение нейрокогнитивной функции (внимания, мышления) и функции социальной когниции (эмоционального и социального интеллекта); дезорганизация семейных отношений (отсутствие поддержки семьи, низкий уровень информированности о психическом расстройстве, разлад супружеских отношений, снижение социально-приспособительных ситуаций); низкий уровень комплаенса.

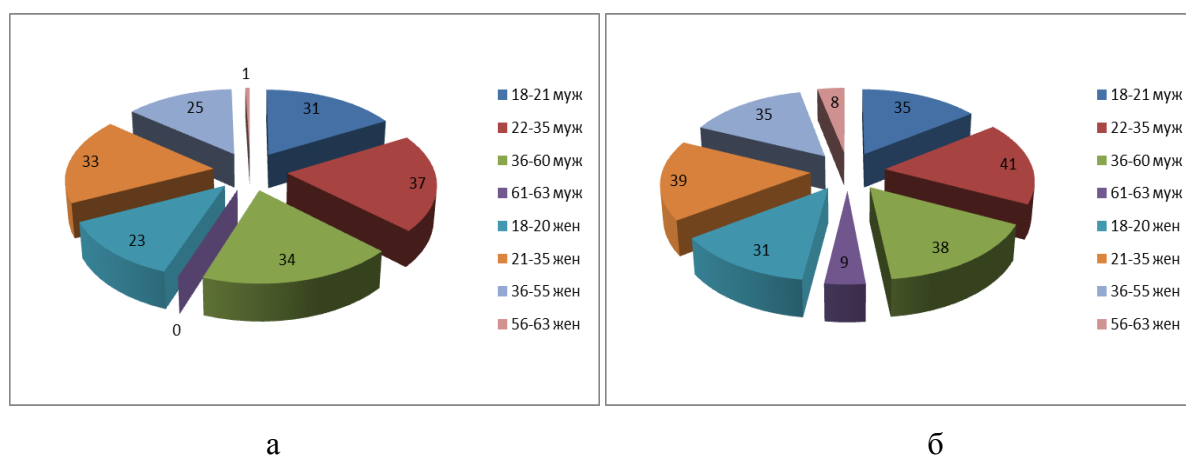


Рисунок 2.4 – Распределение пациентов с параноидной шизофренией по полу и возрасту (а – I группа, б – II группа)

Из 196 пациентов I группы 96,9% были временно нетрудоспособны (в среднем от 1 до 3 месяцев), 2,1% имели III группу инвалидности, II группу – 1,1% больных.

41,8% пациентов имели среднее образование, 32,1% – среднее специальное, 16,3% – высшее образование, 9,7% учились в различных учреждениях. По брачному положению пациенты распределились следующим образом: 36,2% состояли в браке, 27,6% не состояли в браке, 23,5% были разведены, 12,8% были вдовами или вдовцами. Из 224 пациентов в группе II 57,6% имели инвалидность (51,2% в группе II, 31,7% в группе III, 17,1% в группе I) и 42,4% пациентов установленной инвалидности не имели. 50,9% пациентов закончили средние учебные учреждения, 36,2% – высшие учебные заведения, 12,9% – не закончили среднюю школу, 11,8% обучались

в различных учреждениях. Из пациентов группы II 28,1% были разведены, 26,8% не состояли в официальном браке, 26,3% состояли в браке и 18,6% овдовели.

Таким образом, у большинства пациентов (67,8%, 285 пациента) не было нарушения трудоспособности, 135 пациентам (32,1%) были установлены различные группы инвалидности.

Выделенные по длительности случайные выборки были ранжированы по виду нейролептика на основании анализа медицинской документации. Каждая группа в зависимости от применения типичного или атипичного нейролептика была поделена на две подгруппы: пациенты с непрерывной формой, малопрогрессирующим течением (с ППЭ), получающие терапию типичными нейролептиками (Т–typical) (IT, n=64) и атипичными нейролептиками (А – atypical) (IA, n=35); пациенты с непрерывной формой, умеренно прогрессирующим течением (длительностью расстройства более пяти лет), получающие терапию типичными нейролептиками (ИТ, n=30) и атипичными нейролептиками (IIA, n=62).

Все больные получали терапию в стационаре и, в последствии амбулаторно, типичными нейролептиками (галоперидолом и зуклопентиксолом) и атипичными нейролептиками (клозапин и сертиндол). Препараты назначались в средних терапевтических дозировках в пересчете на условные единицы хлорпромазинового эквивалента. Выбор описанных препаратов объяснялся их широким применением в практике, а также хорошей переносимостью и возможностью назначения в амбулаторных условиях.

Следующим этапом методом простой случайной выборки с применением компьютерной программы генератора случайных чисел пациенты были распределены на реабилитируемых (R–rehabilitation) (n=229) и не получающих реабилитацию пациентов (n=191).

Таким образом, выделены основные группы – реабилитируемые пациенты с непрерывной формой, малопрогрессирующим (IAR, n=62, 14,8%;

ITR, n=35, 8,3%) и умеренно прогрессивным (IAR, n=68, 16,2%; ITR, n=64, 15,2%) течением, и группы сравнения – нерезабилитируемые пациенты (IA, n=35, 8,3%, IT, n=64, 15,2%, IA, n=62, 14,8%, IT, n=30, 7,2%) (Таблица 2.2).

Результаты исследования пациентов выделенных групп занесены в базу данных, на которую получено свидетельство о регистрации базы данных (приложение Б).

Таблица 2.2 – Распределение больных в зависимости от применяемой схемы терапии

Длительность расстройства	Схема терапии	Шифр	Количество	%
Первый психотический эпизод (длительность расстройства до 5 лет)	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
Длительность расстройства более 5 лет	Типичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	ITR	64	15,2
	Типичные нейролептики	IT	30	7,2
	Атипичные нейролептики + психосоциальная реабилитация	IAR	68	16,2
	Атипичные нейролептики	IA	62	14,8
Итого			420	100

Типичные нейролептики с психосоциальной реабилитацией (ITR и ITR) получали 23,6% (n=99) пациентов, а лечение без реабилитации (IT и IT) – 22,4% (n=94). Атипичные нейролептики (IAR и IAR) в сочетании с реабилитацией составили 30,9% (n=130) и отсутствие реабилитации (IA и IA) – 23,1% пациентов (n=97) (Рисунок 2.5).

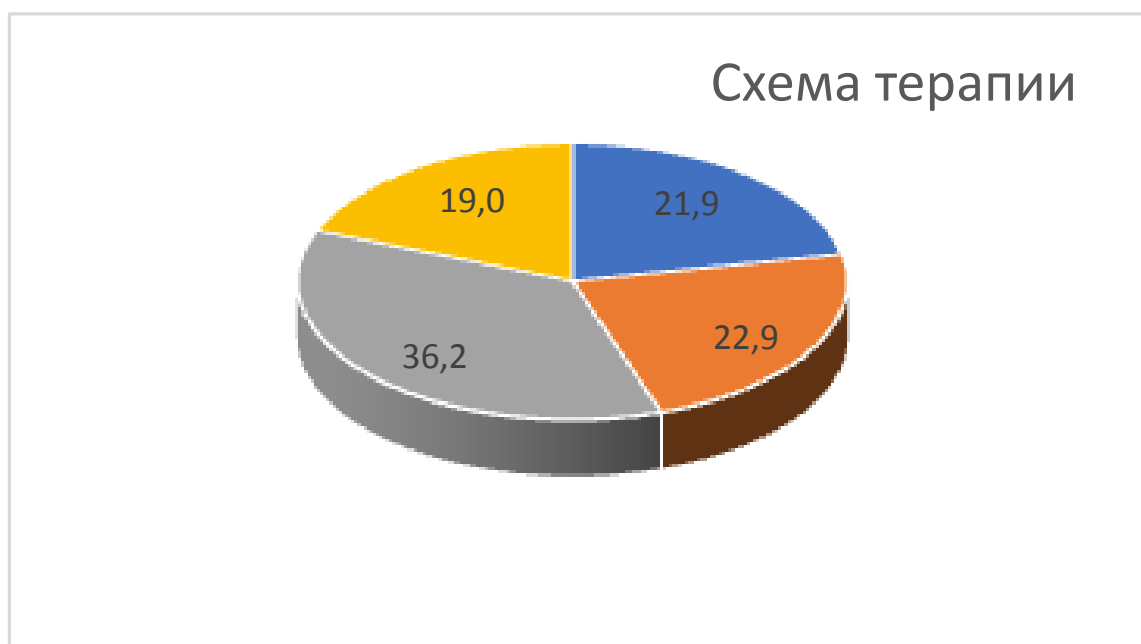


Рисунок 2.5 – Распределение пациентов в зависимости от проводимой терапии

В течение четырех лет наблюдения проводилась динамическая работа с пациентами и их родственниками. Кратность взаимодействия с пациентами и режим реабилитационных мероприятий зависели от тяжести их психического состояния. На начало наблюдения пациенты исследуемых групп находились в стадии ремиссии. Ремиссия оценивалась на основании данных медицинской документации, редукции клинических проявлений, а также подкреплялась психометрической оценкой.

Тип ремиссии определяли по классификации, предложенной в 1939 году советским психиатром профессором М.Я. Серейским.

Полная (ремиссия «А») – отмечается полное исчезновение продуктивной симптоматики при сохранении у части больных незначительно выраженной апато-диссоциативной симптоматики (шкала PANSS). Качество жизни существенно не снижается. Отсутствует снижение социального функционирования (шкала КЖ и СФ). Отмечается доболезненный уровень функционирования, возможность социального роста (обучение, профессиональный и карьерный рост, создание семьи, содержательный досуг и т.п.).

Неполная (ремиссия «В»): значительное снижение проявлений продуктивных симптомов, но сохранение умеренно выраженных негативных психотических расстройств и ухудшение уровня жизнедеятельности. Легкое снижение социального функционирования (PANSS, КЖ и СФ). Отмечается незначительное снижение навыков межличностного взаимодействия, затруднение социальных контактов, ухудшение трудового функционирования, однако адаптация в социальной среде грубо не нарушена: имеет место лишь ее некоторое снижение или невыраженное изменение (изменение социальной роли, смена жизненного стереотипа).

Неполная (ремиссия «С»): отмечается заметная редукция продуктивной психосимптоматики, но есть выраженный дефект личности по апато-диссоциативному типу, возможны остаточные бредовые идеи, отдельные галлюцинации. Отмечается умеренное снижение социального функционирования, заметное ухудшение социальной адаптации. Больной испытывает затруднения в повседневном функционировании (PANSS, КЖ и СФ). Обслуживает себя самостоятельно, однако повседневная активность требует усилий. Отмечается выраженный дефицит навыков межличностного взаимодействия, заметное истощение социальной сети. Нетрудоспособен либо может работать только в специально созданных условиях. Нуждается в поддержке окружающих (Анкета).

Частичная (ремиссия «D») – внутрибольничное улучшение, уменьшение остроты болезни, некоторая дезактуализация психотических и других симптомов (PANSS). Тяжелое нарушение социального функционирования. Навыки независимого проживания в значительной степени нарушены. Обслуживает себя только на элементарном бытовом уровне. Нетрудоспособен. Грубо искажены навыки межличностного взаимодействия, что приводит к выраженному нарушению контактов с окружающими. Нуждается в интенсивной помощи и поддержке (КЖ и СФ, Анкета).

Согласно МКБ-10, для диагностического определения ремиссии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра могут быть использованы следующие операционально-описательные критерии (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2008).

Полная ремиссия предполагает отсутствие позитивных расстройств, обычно с восстановлением критического отношения к перенесенному психозу и невыраженностью личностных изменений.

При неполной ремиссии, вне зависимости от выраженности симптомов, необходимо наличие относительно упорядоченного, социально приемлемого поведения (отсутствие поступков, категорически недопустимых в данной культуре), в том числе без агрессивных и аутоагрессивных тенденций; психопатологические расстройства в значительной степени дезактуализированы, лишены аффективной насыщенности и становятся «частным делом» больного, не влияя на его поступки или влияя на них лишь в минимальной степени.

Обследование больных должно проводиться в четыре этапа: I – этап стационарного лечения (купирование острых психотических симптомов); II, III, IV этапы – амбулаторное ежегодное наблюдение. Так как различия достигали статистической значимости лишь между I и IV этапами проводили сравнительный анализ между данными этапами. К концу исследования 5 пациентов выбыли из исследования, потому что они переехали в другое место (n=415). Таким образом, два пациента покинули группу IIА (осталось 60 из 62) и 3 пациента вышли из группы IГ (остался 61 из 64) (Самойлова Д.Д., 2018).

2.3. Анализ влияния факторов на психическое состояние больных параноидной шизофренией

Особенности психопатологических проявлений, квалифицируемые в структуре тех или иных синдромов, определялись по описанию обострений, в

том числе и по медицинской документации, предоставленной специалистами, и текущего состояния пациентов. Клиническая оценка состояния больных заключалась в определении типа течения шизофрении, особенностей динамики доминирующей психопатологической симптоматики в периоды обострения и ремиссии. Рассмотрение терапевтических аспектов, кроме того, предусматривало: определение характера психофармакотерапии; комплаентность лечения; определение длительности расстройства и наблюдения; наличие реабилитационных программ.

Мы изучили влияние таких факторов, как длительность болезни и продолжительность терапии, тип антипсихотиков и наличие психосоциальной реабилитации на психическое состояние пациента и исход лечения на различных этапах наблюдения. Консультации пациентов и работа с родственниками носили динамичный характер в течение четырех лет.

Для того чтобы оценить результаты проводимой терапии, использовали понятие «размер эффекта», который рассчитывался по формуле:

$$R \text{ (средний эффект)} = \frac{\text{Средний балл до лечения} - \text{Средний балл после лечения}}{\text{Стандартное отклонение до лечения}}$$

При среднем эффекте $<0,2$, считали эффект малым, $0,2-0,5$ – умеренным, $0,5-0,8$ – средним, $>0,8$ – сильным (по Коэну).

Выдвигается нулевая гипотеза, заключающаяся в том, что наличие или отсутствие психосоциальной реабилитации, схема и этапы лечения, а также длительность заболевания не влияют на результат лечения, если нулевая гипотеза отвергается, доказывається факт влияния перечисленных факторов на результат лечения.

Для каждой переменной и фактора вводится два показателя – «порядок» и «эффект».

«Порядок»=1 – «неправильный порядок» (с нарастанием этапа уменьшается значение признака), отличие значений в паре групп статистически значимо;

«Порядок»=2 – порядок любой, отличие значений в паре групп статистически незначимо;

«Порядок»=3 – «правильный порядок» (с нарастанием этапа увеличивается значение признака), отличие значений в паре групп статистически значимо.

«Эффект»=1 – значение на IV этапе меньше, чем на I, отличие значений статистически значимо (лечение привело к ухудшению состояния пациента);

«Эффект»=2 – отличие значений на IV и I этапах статистически незначимо;

«Эффект»=3 – значение на IV этапе больше, чем на I, отличие значений статистически значимо (лечение привело к положительному эффекту) (Самойлова Д.Д., 2018).

Подгруппы сравнивались между собой в зависимости от схемы терапии (атипичные и типичные нейролептики, атипичные и типичные нейролептики с психосоциальной реабилитацией), в зависимости от этапов лечения и от длительности расстройства. В зависимости от выбора влияния фактора были составлены следующие пары групп:

1) по наличию психореабилитационных программ (основная группа – пациенты, получающие психосоциальную реабилитацию – R, группа сравнения – нерехабилитируемые пациенты);

2) по применяемому нейролептику (основная группа – пациенты, применяющие атипичные нейролептики – А, группа сравнения – пациенты, получающие типичные нейролептики – Т);

3) по продолжительности заболевания (основная I группа – пациенты с ППЭ, II группа сравнения – пациенты с длительностью расстройства более пяти лет).

2.4. Характеристика основных диагностических методик оценки психического состояния больных параноидной шизофренией

В ходе исследования применяли (приложение В):

- медицинские документы (амбулаторные карты и истории болезни);
- шкала «Шкала позитивных и негативных симптомов PANSS»;
- психодиагностические шкалы: «Hinting Task»; «Лица Экмана»; компьютеризированный диагностический тест Векслера; «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных»; Мориски-Грина; «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы».

Выбор описанных психодиагностических методик для обследования пациентов с параноидной шизофренией обусловлен их современностью, простотой использования, информативностью, лаконичностью, точностью диагностики, а также универсальностью. Применение описанных методов в совокупности обеспечивает объективность и высокую надежность оценки тяжести психического состояния данной категории больных вследствие отсутствия специфичности каждого в отдельности.

Проведено изучение эффективности применения перечисленного комплекса шкал для оценки результатов различных комплексов терапии на четырех этапах наблюдения у пациентов с ППЭ и длительностью параноидной шизофрении более пяти лет.

Автором разработана специальная анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

Клинико-психопатологическое обследование основывалось на критериях психических расстройств в соответствии с МКБ-10 и включало:

- 1) опрос пациентов о психическом состоянии в настоящее время и в анамнезе, о наличии наследственной отягощенности, особенностях биографии, характера семейной ситуации, о сопутствующих заболеваниях;

- 2) динамическое наблюдение за поведением больных;
- 3) беседы с родственниками пациента.

Ретроспективно изучались амбулаторные и стационарные карты пациентов.

В исследовании применялась «Шкала позитивных и негативных симптомов PANSS» (Kay S.R., Opler L.A., Fiszbain A. et al. 1987, валидизация и апробация русскоязычной версии).

Методика Понимания намека «Hinting Task» (Corcoran R., Mercer G., Frith C.D., 1995, модификация Поляковой Н.Ю., 2007), состоящая из десяти кратких историй, направленных на оценку функционирования (Внутренняя модель сознания «другого», Theory of mind) (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J. et al., 2014). Применение методики «Hinting Task», разработанной в рамках концепции «модель психического» («theory of mind»), предназначенной для изучения способности к пониманию того, что думает, планирует, какой смысл и намерения скрывает другой человек, можно встретить в работах О.В. Рычковой (2014); О.О. Папсуева, М.В. Миняйчевой (2015); А.А. Морозовой, А.С. Орешкина, Ж.В. Гараха с соавт. (2017).

«Лица Экмана» — методика, направленная на оценку способности к распознаванию эмоций (Экман П., 2010). В настоящее время методика способности к распознаванию эмоций «Лица Экмана» используется сотнями ученых во всем мире, а также в России, что подтверждается исследованиями, проведенными в центральных научных и лечебных учреждениях (Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. с соавт., 2015). В Москве открыто официальное эксклюзивное представительство Paul Ekman international в России. В настоящей работе применяли наиболее простую в использовании и доступную версию методики способности к распознаванию эмоций «Лица Экмана», содержащую 14 фотографий. Тест рекомендован к применению по результатам исследования SCOPE (social cognition psychometric evaluation – оценка социальной когниции) и экспертизы

аналитической корпорации RAND (research and development – исследование и разработка) (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J. et al., 2014).

Стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) (компьютерный вариант WAIS версии 2.1.1). Уровень нарушения когнитивных функций определяется диагностическим тестом Векслера, который было предложено использовать в работе в качестве когнитивного тренинга для пациентов с параноидной шизофренией как составляющей психореабилитационных мероприятий. Режим проведения когнитивного тренинга зависит от степени сохранности интеллекта пациентов с шизофренией и варьирует от 1 до 3 раз в месяц при прохождении пациентами курса психосоциальной реабилитации.

В работе применяли опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, разработанный и валидизированный А.Б. Шмуклером и И.Я. Гуровичем в 1994 году (Гурович И.Я., 1998).

«Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» является наиболее известным, простым и лаконичным тестом, валидированным в 1985 г. и опубликованным авторами в 1986 г (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986).

С тех пор этот тест широко используется в психиатрической практике для проверки приверженности пациентов лечению. Пока нет «золотого стандарта» для оценки соблюдения пациентом режима лечения. Неоспоримыми преимуществами данного теста являются его простота и, следовательно, скорость выполнения, универсальность (что делает тест доступным для пациентов с различными заболеваниями) и легкость интерпретации результатов теста (Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., 2016). Методика Мориски-Грина включена в стандарты, разработанные для выявления потенциально не приверженных к лечению больных, страдающих различными хроническими заболеваниями. Высокая

надежность теста была подтверждена и при использовании его у амбулаторных пациентов с психическими заболеваниями (Cuevas С., Peñate W., 2015).

«Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сильникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002).

Авторская анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией включает три блока. Первый блок направлен на оценку психологической поддержки пациента, включает 10 вопросов, при положительной оценке на вопрос присваивается 2 балла, при отрицательной – 1. Максимальная оценка поддержки пациента при положительных ответах на все вопросы составляет 20 баллов, минимальная – при отрицательных ответах на все вопросы – 10. Таким образом, при сумме баллов от 17 до 20 баллов поддержка больного родственниками расценивается как достаточная (хорошая), от 13 до 16 баллов – удовлетворительная, от 10 до 12 баллов – неудовлетворительная.

Второй блок служит для оценки поддержания партнерских отношений с лечащим врачом, содержит 8 вопросов. При результате оценки в 14-16 баллов партнерские отношения с врачом считаются оптимальными (достаточными), 11-13 баллов – удовлетворительными, 8-10 баллов – недостаточными.

Третий блок оценивает понимание необходимости длительной непрерывной терапии и также содержит 8 вопросов. При результате оценки понимания необходимости длительной непрерывной терапии в 14-16 баллов влияние родственников на результат лечения считается положительным (достаточным), 11-13 баллов – удовлетворительным, 8-10 баллов – недостаточным.

Таким образом, при общей сумме баллов 26-34 отношение родственников к терапии пациентов с шизофренией оценивается как недостаточное, при 35-43 баллах – удовлетворительное, при 44-52 баллах – достаточное.

Предложенная анкета показывает в исследуемых группах диапазон изменчивости показателя степени участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

Проведенное исследование позволило наряду с медикаментозным лечением параноидной шизофрении выработать определенный алгоритм психореабилитационных мероприятий. Все психореабилитационные мероприятия проводились с пациентами после купирования острого психотического состояния.

Психосоциальная реабилитация включала комплаенс-терапию, проведение психообразовательной работы и сеансов краткосрочного психосоциального вмешательства с пациентами и их родственниками, а также когнитивного тренинга.

Комплаенс-терапия помогает душевнобольному установить доверительный контакт с врачом, вовлечь в процесс участия в лечении, что позволит снизить процент нарушений рекомендаций врача. COMPLAINT-терапия проводилась врачом-психиатром регулярно на протяжении пребывания пациента в стационарном или амбулаторном отделениях.

Автором разработано психообразовательное «Пособие для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников», которое представляет собой основу для проведения реабилитационного компонента в алгоритме психиатрической помощи больным с шизофренией. В пособии содержатся основные аспекты проблемы: описание клинической картины заболевания, особенностей поведения с психически больным, видов служб помощи и характера помощи пациентам с шизофренией. На еженедельных сеансах реабилитации все описанные в пособии проблемы, а также появившиеся новые вопросы проговариваются и обсуждаются адресно с врачом-психиатром или клиническим психологом, или специалистом по социальной работе.

Помимо образовательного пособия с пациентами и их родственниками проводились сеансы краткосрочного психосоциального вмешательства

(КПВ). Пациенты и их родственники мотивировались на добровольное участие в терапии и необходимость обучения.

Темы для обсуждения во время сеансов КПВ:

1. Причины психического заболевания и методы диагностики. Мифы и реальность.

2. Основные проявления и варианты течения заболевания. Обострения и ремиссии.

3. Возможности лечения. Принципы фармакотерапии. Необходимость длительного, непрерывного лечения.

4. Вопросы психосоциальной реабилитации. Стигматизация.

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) привлекался специалист по социальной работе.

Еще одним методом психосоциальной реабилитации пациентов являлся вариант когнитивного тренинга, построенный на основе проведения пациентами компьютеризированного варианта теста Векслера. В литературе описаны результаты многих исследований, свидетельствующие, что именно степень выраженности когнитивных нарушений определяют прогноз течения и эффективность терапии шизофрении.

Реабилитационный потенциал пациента определяется выраженностью когнитивных нарушений, которые сказываются на поведении больного, его восприятии себя и окружающей действительности.

В связи с этим, в виде когнитивного тренинга использовали компьютеризированную версию теста Векслера, направленного на коррекцию когнитивных нарушений и тренировку сохранных функций. Смысл тренинга заключается в проведении занятий при участии профильных специалистов и волонтеров с группами от двух до пяти пациентов продолжительностью от 40 минут до 1 часа.

Таким образом, разработан алгоритм ведения пациентов с параноидной шизофренией, сочетающий фармакотерапию и методы психосоциальной реабилитации.

2.5. Вариационно-статистические методы обработки полученных результатов

При вариационно-статистической обработке полученных результатов применялся пакет прикладных программ «Statistica 10.0» с использованием дискриптивной статистики, корреляционного и дисперсионного анализов. Нормальность распределения признаков в выборке проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Параметрический анализ применяли при нормальном распределении параметров и непараметрический – независимо от вида распределения (Samoylova D.D., Baryl'nik Y.B., 2016).

Различия между переменными в исследуемых группах считали статистически значимыми при пороге вероятности от 95,0 до 99,9% ($p < 0,05$).

При проверке на нормальность распределения в генеральной совокупности распределение оказалось приближенным к нормальному, поэтому применяли параметрический анализ, который включал определение амплитуды (A), средней арифметической (M), ошибки средней (m) и величины стандартного отклонения (s). В отдельных сформированных группах распределение отличалось от нормального, при распределении, отличном от нормального, использовали непараметрический метод, определяли показатели медианы (Me), групповой медианы (GMe), межквартильный размах, а также медианные критерии различия (критерий Манна–Уитни для независимых групп и зависимых переменных). Анализ изменения исследуемых параметров в динамике после лечения проводился с использованием критерия Вилкоксона.

В рамках сравнения средних показателей использовался дисперсионный анализ, аналитико-синтетический метод изучения влияния

отдельных переменных, а также их сочетаний на изменчивость изучаемого признака в совокупности с сопутствующими показателями (описательными статистиками в виде среднего (M) или медианы (Me), стандартного отклонения (s) и интерквартильного размаха [25 и 75%]).

Корреляционный анализ проводился методом попарных ранговых корреляций Спирмена (r). При коэффициенте корреляции $< 0,2$ связи считали очень слабыми, от 0,2 до 0,5 слабыми, от 0,5 до 0,7 средними, от 0,7 до 0,9 сильными (значительными), $> 0,9$ очень сильными (тесными).

Был проведен множественный регрессионный анализ для оценки взаимосвязи между длительностью заболевания и схемами лечения.

Средством проверки нулевой гипотезы о равенстве нулю коэффициента регрессии или равенстве нулю коэффициента детерминации выступал F-критерий однородности дисперсий Ливиня с числом степеней свободы. Определяли коэффициент экстенсивности – относительная величина, показывающая, как велика отдельная часть по отношению ко всей изучаемой совокупности (%); показатель интенсивности – показатель уровня распространенности процесса в среде (%); показатель наглядности – относительная величина, показывающая на сколько изменилась одна из сравниваемых величин, принятая за 100% в процентном отношении в динамике ($M_2/M_1 \times 100 - 100$); коэффициент взаимосвязи между переменной и фактором, выражающий меру влияния фактора на признак (факторная нагрузка, factor load); коэффициент вариации ($Cv\%$) (мера относительного разброса случайной величины, показывающая вариабельность признака).

Для оценки эффективности предложенных диагностических методов определяли надежность теста.

Надежность – относительное постоянство, устойчивость, согласованность результатов метода, при первичном и повторном его применении на одних и тех же испытуемых. Надежность определяется коэффициентами: надежность измерительного инструмента (коэффициент надежности – Cr) определяется следующим образом: результаты всей

совокупности делят на четный и нечетный вариационные ряды и выявляют корреляции между ними, при $r > 0,75$ инструмент считается надежным; стабильность изучаемого признака (коэффициент стабильности – Cs), о стабильности метода судят по коэффициенту корреляции между результатами 1-го и 2-го обследования (r не должен быть ниже 0,80) (Гуревич К.М., 2008).

Полноценность, пригодность, соответствие метода, определяет степень соответствия метода его назначению.

Критерием статистической значимости получаемых выводов считалась общепринятая в медицине величина p (при $p > 0,05$ различия статистически незначимы $< 0,05$, при $p \leq 0,05$ значимы, при $p \leq 0,01$ очень значимы и при $p \leq 0,001$ отмечался высокий уровень безошибочного суждения).

ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В современных условиях актуальность анализа состояния психиатрической службы не вызывает сомнения (Гурович И.Я., 2012; Шмуклер А.Б., Голубев С.А. с соавт., 2017).

Предметом изучения в настоящей главе является анализ показателей работы структурных звеньев психиатрической службы города Саратова и Саратовской области, действующих на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Изучен материал психиатрической статистики по г. Саратову и Саратовской области за период 2009-2018 гг. (формы федерального статистического наблюдения № 10, № 36, № 49, № 171) (приложение Г).

На основании публикуемых официальных статистических данных в Государственных докладах «О состоянии здоровья населения Российской Федерации» известно, что за последние годы в Российской Федерации (РФ) отмечалось небольшое снижение абсолютного числа зарегистрированных больных, обратившихся за психоневрологической помощью, и снижение показателей общей заболеваемости психическими расстройствами как в целом, так и в группе расстройств шизофренического спектра (Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Петров С.С., 2008; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

По данным эпидемиологических исследований, распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8-1,0%. Заболевание начиналось у мужчин в среднем в 18-25 лет, у женщин – в 25-30 лет

(Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении, 2016).

В Российской Федерации с 2005 по 2013 год уменьшилось общее количество пациентов, у которых впервые в жизни диагностировано психическое заболевание. Процент душевнобольных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в общем числе психически больных, зарегистрированных (в течение года) в 2005 и 2013 гг. составляли 13,1 и 11,2% соответственно. Первичная заболеваемость (количество пациентов с изначально диагностированным психическим заболеванием на 100 000 населения) снизилась на 17,6%. В 2013 году число зарегистрированных больных шизофренией составило 342,79 на 100 000 населения. Из них 8,73 на 100 000 населения было с впервые диагностированной шизофренией (всего 12 531 человек) (эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрической службы в РФ (2005-2013), 2015). Согласно отчету о состоянии здравоохранения РФ за 2010 г., 3 788 900 человек, или 2,8% населения, в течение 1 года находились под клиническим наблюдением в психиатрических учреждениях. Из них детей в возрасте 0-14 лет было 601 100, подростков (15-17 лет) – 187 400 000 и взрослых – 3 000 400 человек. 498 900 человек (0,39% от общей численности населения) впервые в жизни обратились за помощью по поводу психического заболевания (отчеты органов исполнительной власти субъектов РФ, 2014). По сравнению с 2000 годом (372,6 человек на 100 000 населения), в 2010 году количество пациентов с впервые в жизни диагностированным заболеванием было меньше на 5,7% (351,5 на 100 000 населения), что пропорционально уменьшению диспансерной группы (44000, 29,1%) (отчет органов исполнительной власти РФ, 2010). В отчете о состоянии здоровья населения РФ за 2014 год, распространенность различных типов психических

Актуальной проблемой развития российской психиатрической науки является внедрение модели региональной службы, основанной на принципах

научного анализа, интегративной оценке профессионального сообщества и потребностей пользователей психиатрической помощи (Лиманкин О.В., 2016).

Результаты эпидемиологических и статистических исследований с привлечением экономического анализа свидетельствуют об отсутствии системного подхода к организации психиатрической помощи в большинстве субъектов РФ, недостаточности учета потребностей населения в ее оказании, эпидемиологических и статистических исследований с привлечением экономического анализа в организации психиатрической помощи в большинстве субъектов РФ (Медведев В.Э., Фролова В.И., Кардашян Р.А., 2015).

В связи с описанными обстоятельствами было необходимо провести эпидемиологическое исследование за последние десять лет (2009-2018 гг.). Его цель – разработать рекомендации на основе характеристик региональных психиатрических служб г. Саратова и Саратовской области (клиническая статистика и клиническая эпидемиология) и результатов исследований для разработки оптимальных моделей.

Полученные результаты позволяют получить общее представление о работе службы и на математическом уровне прогнозировать необходимость проведения психореабилитационных мероприятий, а также доказывают необходимость развития психореабилитационного звена на территории региона, которое в настоящее время является нерепрезентативным.

3.1. Динамика медико-демографических показателей населения Саратовской области

Анализ медико-демографической ситуации в Саратовской области и г. Саратове показал, что в период 2009-2018 гг. отмечается устойчивая депопуляция населения. Так, показатель численности населения к 2018 г.

снизился на 4,2% по сравнению с 2009 годом (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Особенно значимо отмечается снижение численности населения с 2012 года (2521892 человек); по сравнению с 2011 годом (2572866 человек) численность снизилась почти на 51 000 человек. Главной причиной снижения численности населения является естественная убыль населения, т.е. превышение числа умерших над числом родившихся. Эта тенденция объясняется демографическими и миграционными процессами (Уставщикова С.В., 2015) (Рисунок 3.1, 3.2).

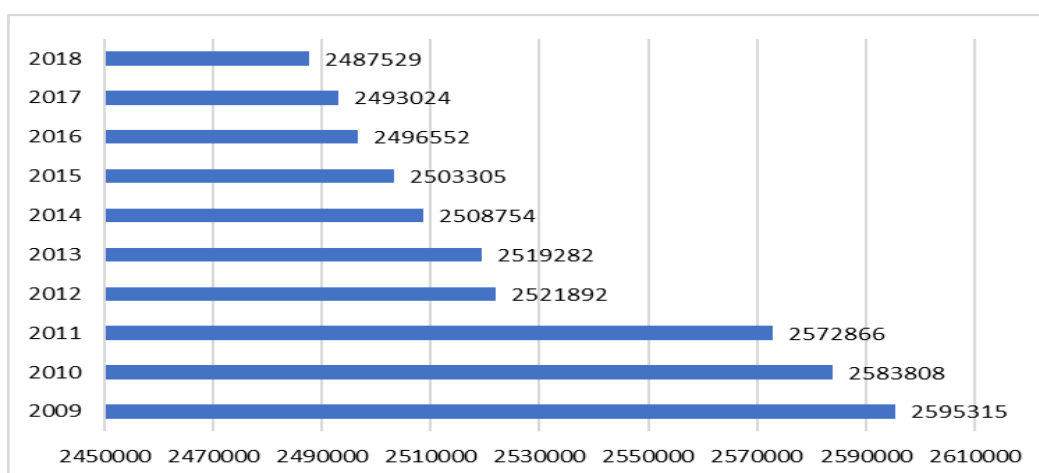


Рисунок 3.1 – Численность населения Саратовской области в динамике с 2009 по 2018 гг. (человек)

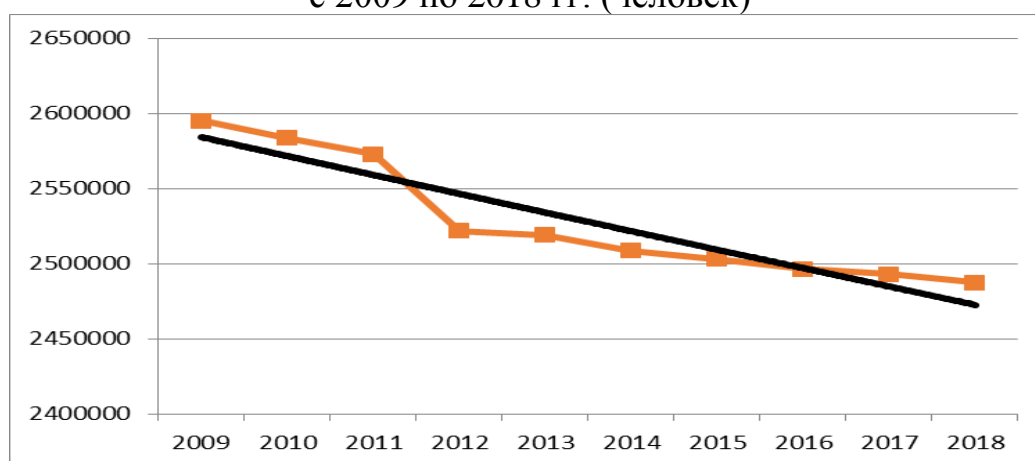


Рисунок 3.2 – Экспоненциальная функция кривой изменения численности населения с 2009 по 2018 гг.

Экспонента показывает общую тенденцию уменьшения численности населения за изучаемый период времени, что подтверждается

корреляционным анализом, сопряженность численности населения в зависимости от периода времени отрицательная тесная ($r=-0,88$).

С 2009 по 2018 годы показатель рождаемости в основном увеличивался. Максимальные значения отмечены в 2016 и 2017 годах (11,5 на тыс. человек населения). Минимальный уровень отмечался в 2009 г. (10,2 на тыс. человек населения). В 2018 году показатель рождаемости составил 11,0 на тыс. человек, что на 4,3% меньше по сравнению с 2014 и 2015 гг., что, по-видимому, связано с «демографической ямой» (родителями становятся лица, родившиеся в 90-х годах прошлого столетия). Экспоненциальная кривая показывает тенденцию увеличения рождаемости в Саратовской области и г. Саратове (Рисунок 3.3, 3.4), зависимость рождаемости от периода времени прямая тесная ($r=0,83$).

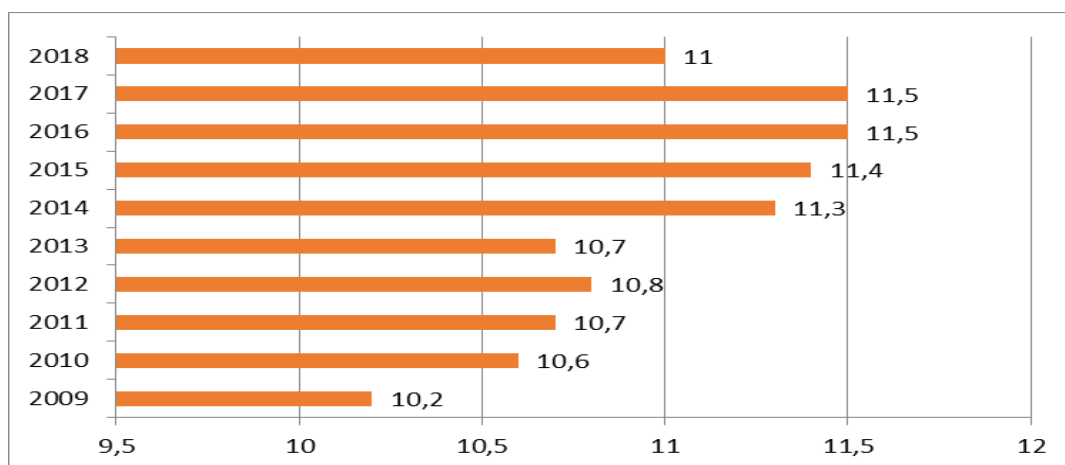


Рисунок 3.3 – Показатель рождаемости в Саратовской области в динамике с 2009 по 2018 гг. (на тыс. человек населения)

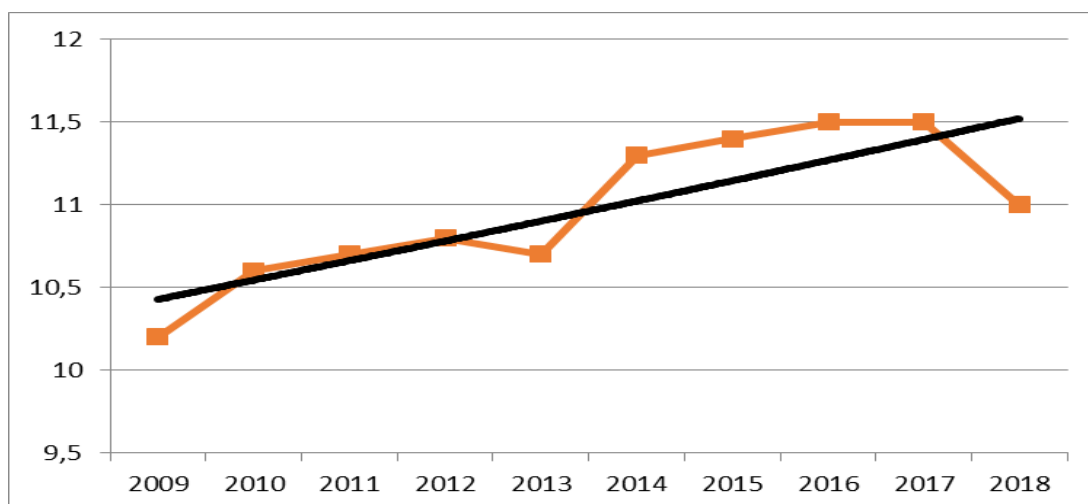


Рисунок 3.4 – Экспоненциальная функция изменения рождаемости в Саратовской области с 2009 по 2018 гг. (на тыс. человек населения)

Анализируя демографическую ситуацию Саратовской области, также можно отметить, что количество умерших преобладало над количеством рожденных. При этом за последние 10 лет показатель смертности уменьшился на 8,5%. Максимальное значение отмечалось в 2012 году (15,7 на тыс. человек населения), что превышает значения показателя в 2011 году (15,0 на тыс. населения) на 4,5% и на 7,6% в 2013 году (14,5 на тыс. населения) (Рисунок 3.5).

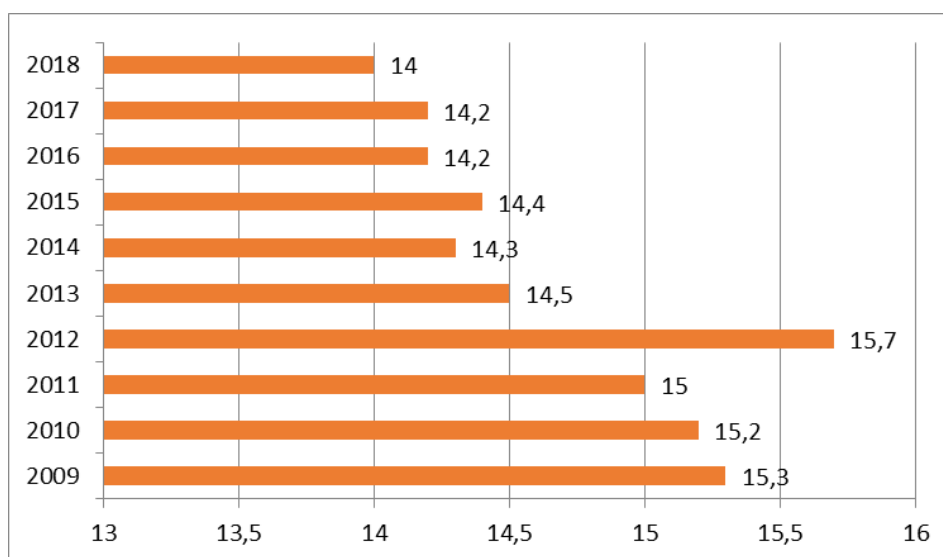


Рисунок 3.5 – Показатель смертности в Саратовской области в динамике с 2009 по 2018 гг. (на тыс. человек населения)

Экспоненциальная показательная функция и обратная сильная связь показателя смертности с исследуемым периодом времени ($r=-0,86$) подтверждают общую тенденцию снижения показателя за последние 10 лет. Резкий скачок смертности в 2012 году объясняет значимое снижение численности населения в этом же году.

Показатели «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.

Таким образом, несмотря на улучшение демографических показателей в целом, прирост населения все же остается отрицательным.

3.2. Анализ показателей деятельности психиатрических учреждений Саратовской области

Наиболее крупными и прогрессивными психиатрическими учреждениями, оказывающими стационарную и амбулаторную помощь населению в Саратове и отдаленных районах Саратовской области, являются ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии», ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» и ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Эффективность работы любого стационара, в частности психиатрического, характеризуют показатели использования коечного фонда (среднее число коек, оборот койки, процент использования коек), которые являются необходимыми для расчета экономических показателей работы больницы.

В программах развития здравоохранения России намечена необходимость принятия мер по более экономному использованию имеющихся ресурсов. В связи с этим все большее значение приобретают меры, направленные на повышение эффективности использования имеющихся койко-мест для организаций здравоохранения. Если больничные койки не используются в необходимом количестве, это не только усугубляет и сокращает объем стационарной помощи населению, но и приводит к значительным финансовым потерям. Стоимость содержания койки (за исключением затрат на питание и закупку лекарств для пациента) также увеличивается, когда она не функционирует. Экономические расчеты показывают, что затраты на занятую койку всего на 25% больше по сравнению с пустующей (Окунева Г.А., 2015).

Важным показателем оценки эффективности работы психиатрического учреждения является «Оборот койки» (среднее число больных, приходящееся на одну фактически развернутую койку за год) (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Динамика показателя «Оборот койки» в учреждениях Саратова и Саратовской области за 2009-2018 гг.

Учреждения	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2017	2018
ОКПБ	7,7	8,8	9,1	9,3	8,5	8,1	8,2	8,5	8	7,9
Саратовский ГПНД	10,1	9,1	8,3	8,7	9,1	8,3	11,1	9,1	8,5	8,5
Балаковский ПНД	10,9	10,8	10,6	10,2	10,5	3,5	9,1	9,5	9,3	9
По области	21	21,6	22,2	20	21,8	21,5	21,4	22	22,1	23,5

Анализируя изменчивость данного показателя в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии», было выявлено, что показатель увеличивался с 2009 по 2012 годы. Так, минимальное значение отмечалось в 2009 году (7,7); максимальное – в 2012 году (9,3). Начиная с 2013 года (8,5), значения показателя оборота койки снова начали снижаться, и в 2018 году показатель составил 7,9, что на 1,2% ниже по сравнению с предыдущим 2017 годом (8,0). Экспоненциальная показательная функция показывает общую тенденцию снижения показателя за исследуемый период (Рисунок 3.6).

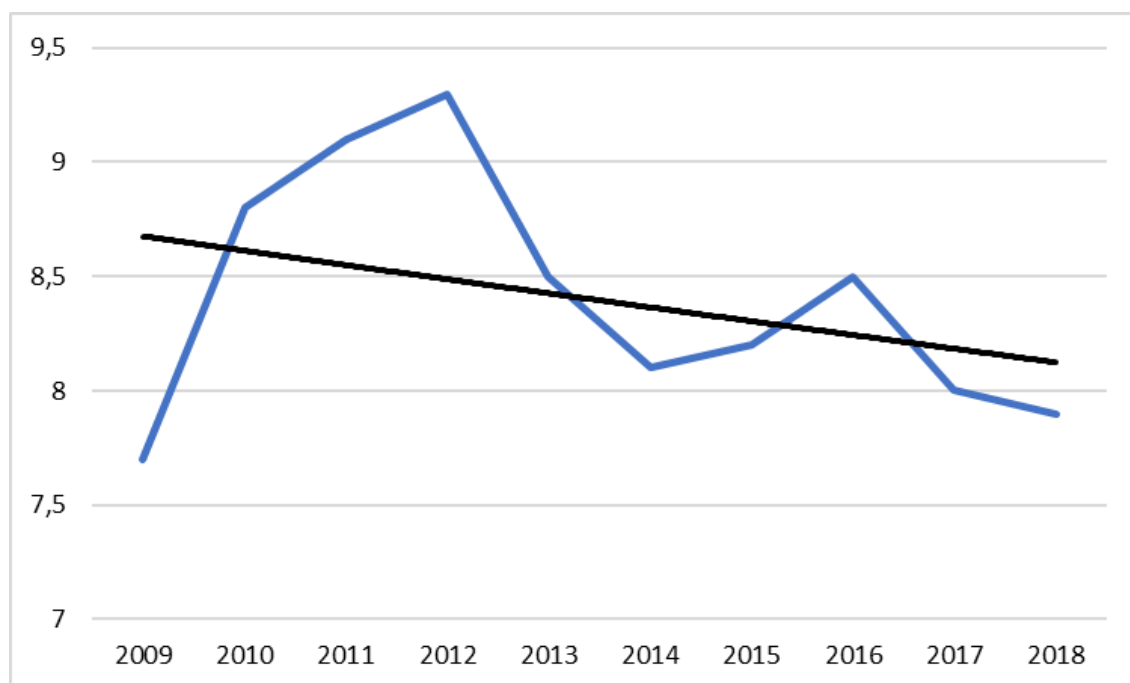


Рисунок 3.6 – Оборот койки в ОКПБ за 2009-2018 гг.
(прямая линия – экспонента)

Анализ показателя «Оборот койки» в ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» показал неравномерное использование коечного фонда за исследуемый период. Минимальные значения отмечались в 2011 и 2014 гг. (8,3); максимальное – в 2015 году (11,1). С 2017 по 2018 гг. показатель не изменялся и составлял 8,5, что на 6,6% ниже по сравнению с 2013 годом (9,1) (Рисунок 3.7).

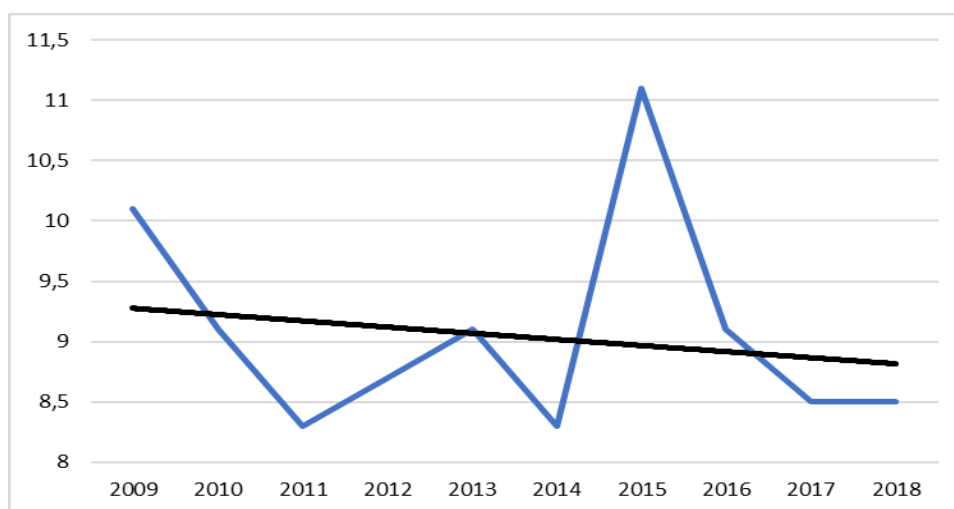


Рисунок 3.7 – Оборот койки в Саратовский ГПНД за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

В ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» отмечалось снижение исследуемого показателя за последние 10 лет, что подтверждает линия тренда. Так, к 2019 году оборот койки составил 9,0, что на 17,4% ниже по сравнению с 2009 годом (10,9). При этом минимальное значение показателя отмечалось в 2014 году (всего 3,5) (Рисунок 3.8).

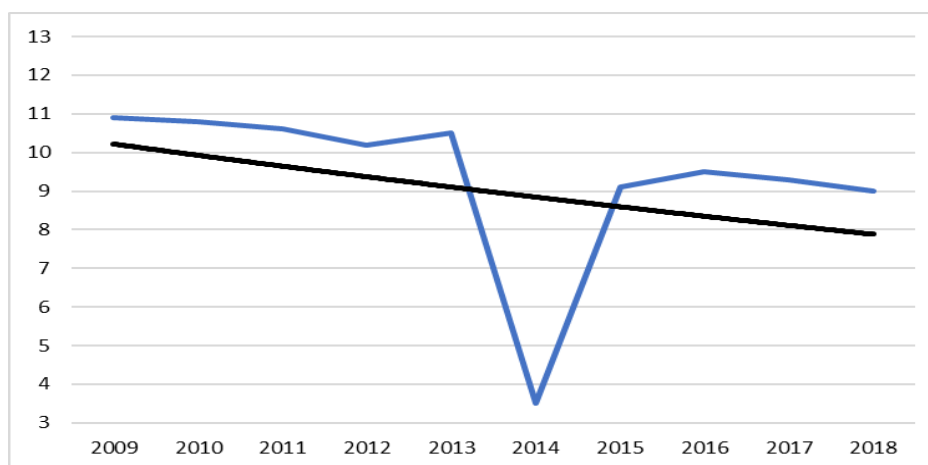


Рисунок 3.8 – Оборот койки в Балаковском ПНД за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

При анализе показателя «Оборот койки» всех профильных учреждений Саратовской области, выявлено, что данный показатель увеличился с 2009 (21,0) по 2018 год (23,5) на 10,6%, что демонстрирует линия тренда. Особенно значимое снижение показателя выявлено в 2012 году (20,0), что меньше по сравнению с 2011 годом на 8,3% и с 2009 – на 10,0% (Рисунок 3.9).

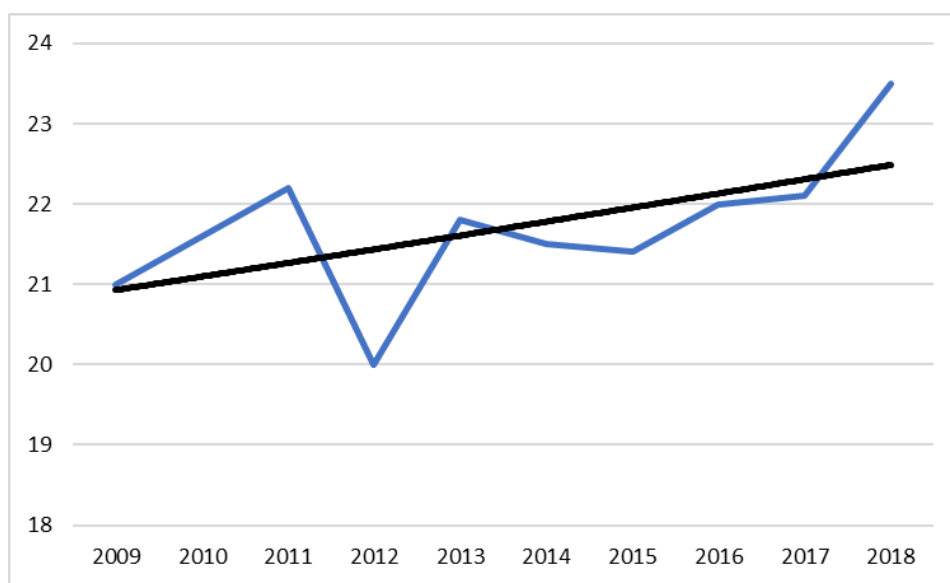


Рисунок 3.9 – Оборот койки по Саратовской области за 2009-2018 гг.
(прямая линия – экспонента)

Показатель «Оборот койки» в исследуемых учреждениях по сравнению с аналогичным показателем по Саратовской области значительно ниже (в два раза и более), а также отмечена тенденция к его снижению за последние 10 лет в отличие от тенденции изменения параметра по области, который, напротив повышается за истекший период времени (от 21,0 до 23,5).

Несмотря на то, что экспоненциальная линия показывает тенденции уменьшения показателя в отдельных учреждениях (ОКПБ, Саратовский ГПНД, Балаковский ПНД), корреляционный анализ не подтверждает их, корреляции статистически незначимы и варьируют в пределах от -0,37 до -0,17 ($p > 0,05$). Тогда как в общем по области отмечается обратная тенденция – увеличение показателя; выявлена прямая средней степени выраженности связь ($r = 0,59$), но значения не достигают статистической значимости ($p = 0,07$).

Низкие значения показателя «Оборот койки» в исследуемых учреждениях по сравнению с показателем по области за изучаемый период, возможно, связаны с ремонтными работами в психиатрических учреждениях, карантинными мероприятиями, а также длительным пребыванием в стационаре.

Объективная оценка показателя «Оборот (функция) больничной койки» возможна лишь при сопоставлении его с показателем «Средняя длительность пребывания больного в стационаре». В больницах, требующих кратковременного пребывания больного (акушерские, гинекологические, оториноларингологические и др.), оборот койки выше по сравнению со стационарами, требующими длительного пребывания пациентов (психиатрические, фтизиатрические, онкологические, неврологические и др.), что определяется спецификой учреждения.

Анализируя среднюю длительность пребывания пациентов с шизофренией в стационаре (число койко-дней за год к числу выбывших) за последние 10 лет, можно отметить наиболее высокие значения показателя в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии». Максимальная средняя длительность отмечалась в 2009 году (112,3 дня), минимальная – в 2012 году (68,9 дней). С 2010 по 2013 гг. показатель колебался незначительно – от 71 до 73,7 дней. В 2015, 2016 и 2017 гг. показатель был несколько выше и составлял 75,9; 75,1 и 74,5 дней соответственно. В 2014 и 2018 гг. было отмечено еще большее увеличение показателя до 81,2 и 83,2 дня соответственно (Таблица 3.2, Рисунок 3.10).

Таблица 3.2 – Динамика показателя «Средняя длительность пребывания больных шизофренией в стационаре» в учреждениях Саратова и Саратовской области за 2009-2018 гг.

Учреждения	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ОКПБ	112,3	71	71,1	68,9	73,7	81,2	75,9	75,1	74,5	83,2
Саратовский ГПНД	49,8	49,3	53,2	49,4	47,7	47,4	41,9	44,3	48,2	45,5
Балаковский ПНД	62,1	65,1	52,5	52,9	45,4	61,6	64,3	50,9	52,5	51,7
По области	124,3	92,6	88,5	94,2	89,7	86,7	62,9	89,9	85	91,6

Тенденция незначительного уменьшения показателя «Средняя длительность пребывания больных шизофренией в стационаре» подтверждается средней обратной связью ($r=-0,3$; $p=0,05$).

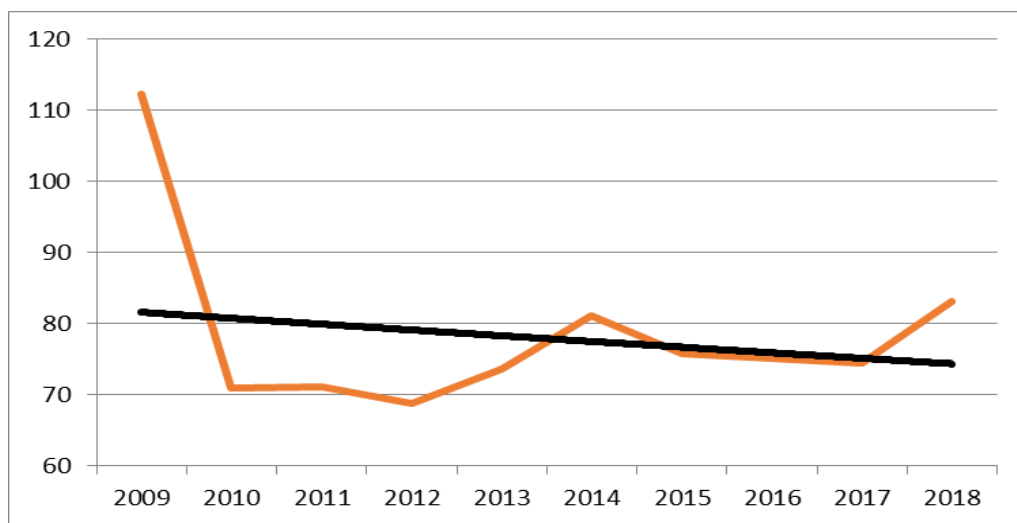


Рисунок 3.10 – Средняя длительность пребывания больных шизофренией в ОКПБ за 2009-2018 гг.

В ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» максимальная средняя длительность пребывания пациентов с шизофренией в стационаре была отмечена в 2011 году (53,2 дня). Минимальный уровень – в 2015 году (41,9 дней). В 2018 году показатель составил 45,5 дней, что на 5,6% ниже по сравнению с 2017 годом (48,2 дня). Экспоненциальная функция демонстрирует снижение показателя за последние 10 лет, что подтверждается значительной обратной связью ($r=-0,7$; $p=0,04$) (Рисунок 3.11).

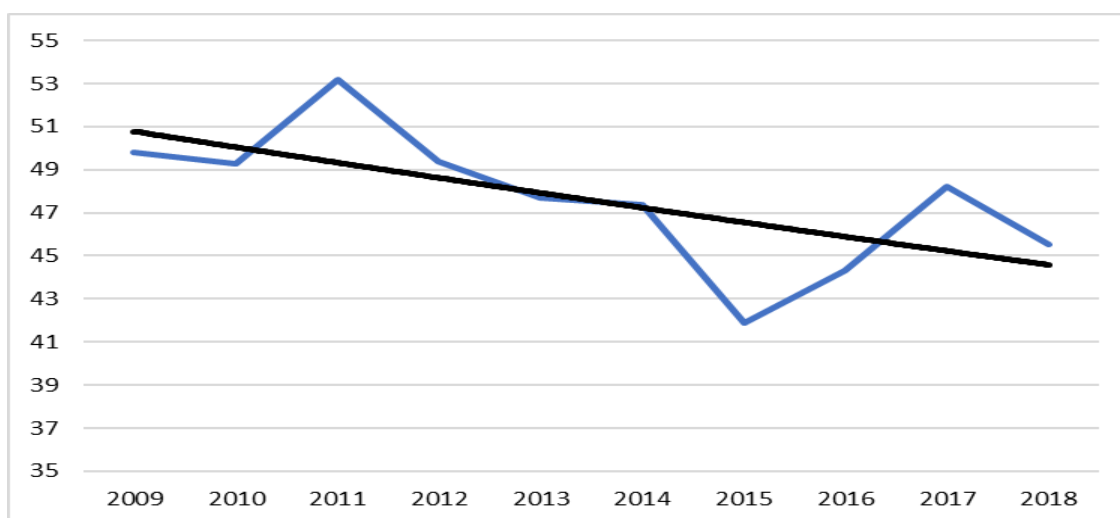


Рисунок 3.11 – Средняя длительность пребывания больных шизофренией в Саратовском ГПНД за 2009-2018 гг.

В ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» максимальное значение показателя средней длительности пребывания пациентов с шизофренией в стационаре за последние 10 лет отмечалось в 2014 г. (65,1 дня); минимальный показатель был отмечен в 2013 году (45,4 дня), к 2015 году показатель увеличился на 29,4% (64,3 дня). К 2019 году средняя длительность пребывания пациентов с шизофренией в стационаре составила 51,7 дней. Экспонента показывает снижение показателя с 2009 по 2018 гг. ($r=-0,4$; $p=0,04$) (Рисунок 3.12).

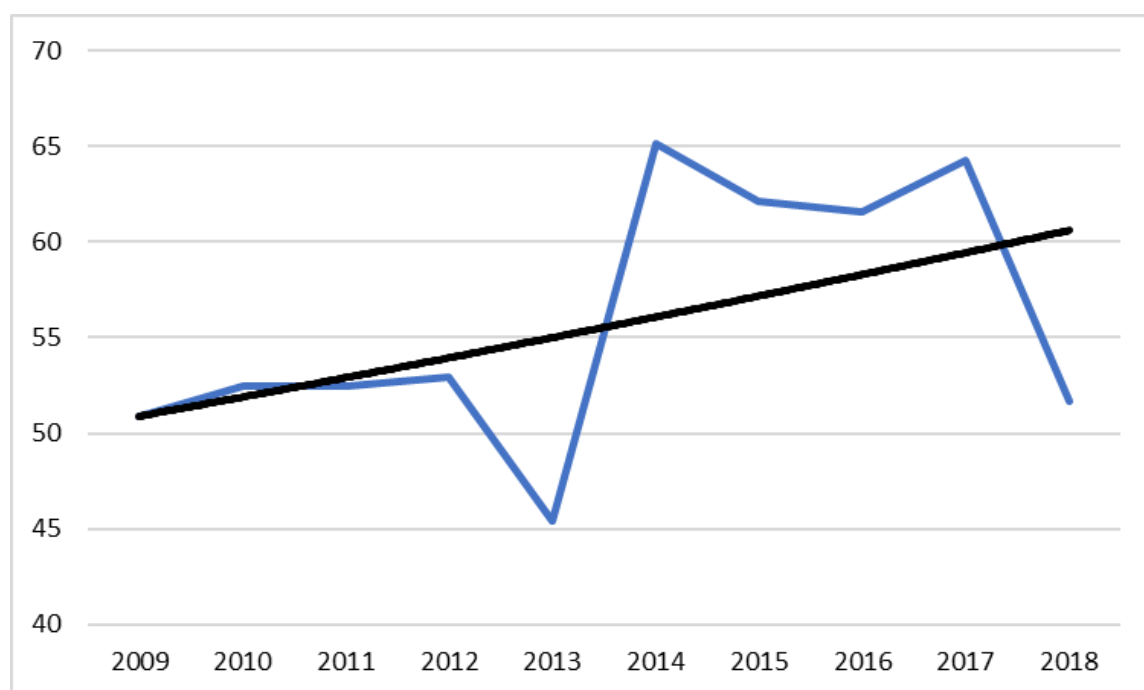


Рисунок 3.12 – Средняя длительность пребывания больных шизофренией в Балаковском ПНД за 2009-2018 гг.

Максимальное значение показателя средней длительности пребывания пациентов с шизофренией в стационаре по области за последние 10 лет наблюдалось в 2009 году (124,3 дня), минимальное – в 2015 году (62,6 дней). С 2016 года вновь отмечается тенденция к увеличению. К 2019 году показатель составил 91,6 дней, что на 7,0% выше по сравнению с 2017 годом (85 дня) (Рисунок 3.13).

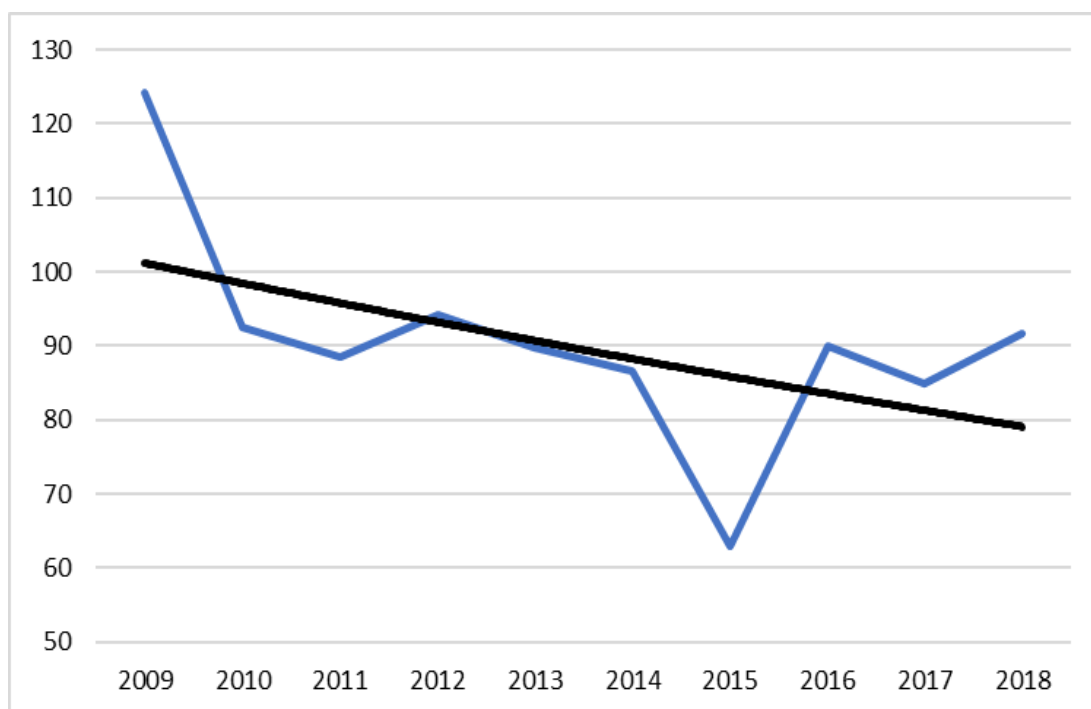


Рисунок 3.13 – Средняя длительность пребывания больных шизофренией по области за 2009-2018 гг.

Тенденцию к снижению показателя по области демонстрируют экспонента и коэффициент корреляции ($r=-0,5$; $p=0,03$).

Таким образом, снижение показателя «Средняя длительность пребывания больных шизофренией в стационаре» связано с эффективностью терапии, повышением уровня лекарственного обеспечения, что в ряде стационаров остается проблемным аспектом (например, в Балаково).

Фактором повышения описываемого показателя является отсутствие в области региональной модели реабилитации пациентов с шизофренией, что приводит к недостаточной эффективности терапии.

Процент использования коек является еще одним показателем эффективности использования коечного фонда в учреждениях, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь (отношение койко-дней к среднегодовому числу коек). За последние 10 лет изменчивость данного показателя была различной в анализируемых учреждениях Саратовской области (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Динамика показателя «Процент использования коек» в учреждениях Саратова и Саратовской области за 2009-2018 гг.

Учреждения	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ОКПБ	93,4	96,9	95,9	94,9	90,7	90,8	91,1	91,1	91,6	91,4
Саратовский ГПНД	100	98,3	98,3	100	98,3	100	99,5	98,3	100	98,3
Балаковский ПНД	95,1	97,3	99,1	96,5	98,6	98,3	95	94,8	93,9	97,4
По области	97,6	96,6	95,9	95,2	93,3	91,9	92,8	93,8	94,3	91,3

В ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» минимальные значения показателя отмечались в 2013 и 2014 годах (90,7 и 90,8% соответственно). Максимальное значение приходилось на 2010 год (96,9%). В 2018 году показатель составил 91,4%, что на 0,2% ниже по сравнению с 2017 годом (91,6%) и на 2,0% ниже по сравнению с 2009 годом (93,4%). Общая тенденция к снижению показателя подтверждается линией тренда и наличием статистически значимой обратной значительной связи показателя с периодом времени ($r=-0,71$) ($p=0,002$) (Рисунок 3.14).

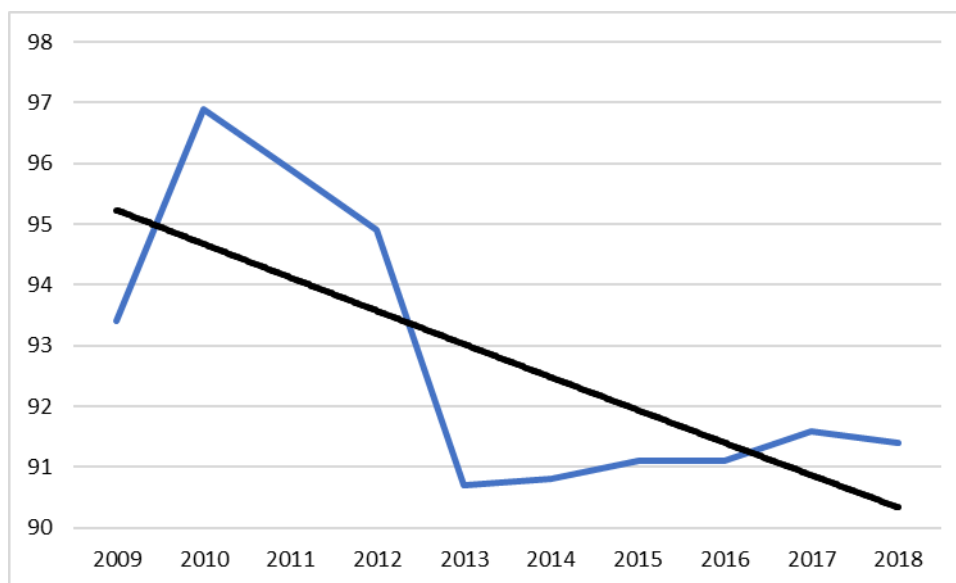


Рисунок 3.14 – Процент использования коек в ОКПБ за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

В ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» процент использования коек был достаточно стабильным (Рисунок 3.15).

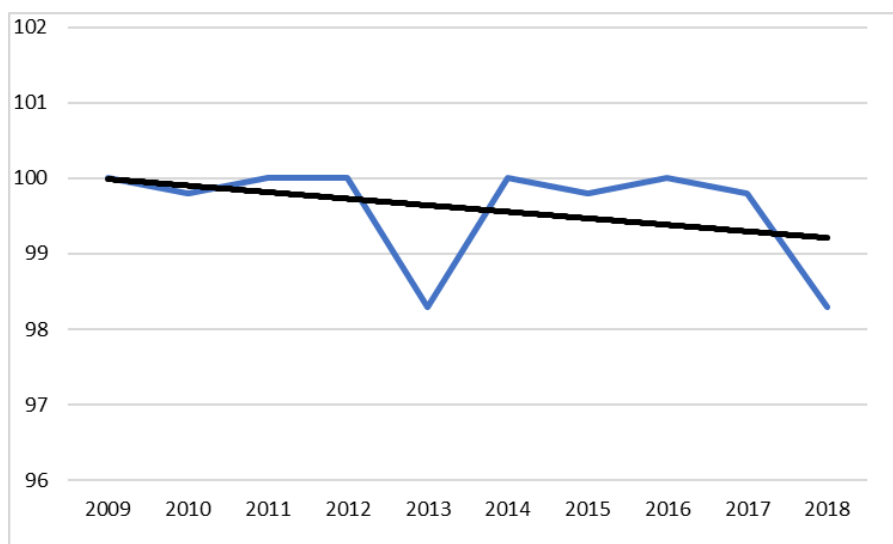


Рисунок 3.15 – Процент использования коек в Саратовском ГПНД за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

Минимальное значение на уровне 98,3% отмечалось в 2013 и 2018 годах и составляло 100% в 2009, 2011, 2012, 2014 и 2016 годах. Минимальное значение процента использования коек в ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» отмечалось в 2017 году (93,9%). В остальное время исследуемого периода данный показатель был выше и колебался от 94,8 (2016 год) до 99,1 (2011 год). За весь исследуемый период показатель снизился на 18,5% (Рисунок 3.16).

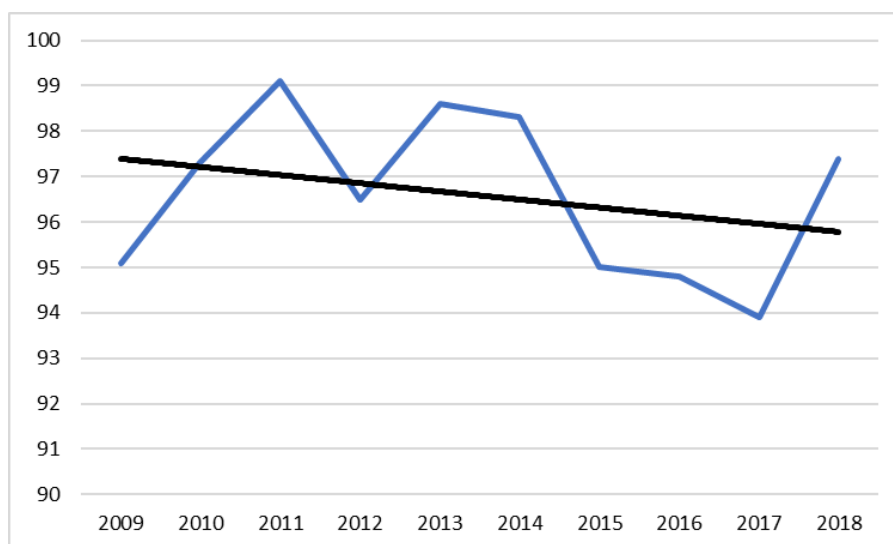


Рисунок 3.16 – Процент использования коек в Балаковский ПНД за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

Изменения показателя «Процент использования коек» в ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» и ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» за изучаемый период статистически незначимы ($p > 0,05$).

Процент использования коек по области в целом с 2009 по 2018 гг. уменьшился на 6,4% (с 97,6% до 91,3%), значимое уменьшение показателя подтверждается линией тренда и обратной тесной зависимостью параметра от периода времени ($r = -0,82$). Максимальное значение показателя было отмечено в 2009 году (97,6%), вплоть до 2014 года параметр неуклонно снижался до 91,9%, к 2017 году показатель увеличился до 94,3%, затем отмечено резкое уменьшение % использования коек до 91,3% в 2018 году (Рисунок 3.17).

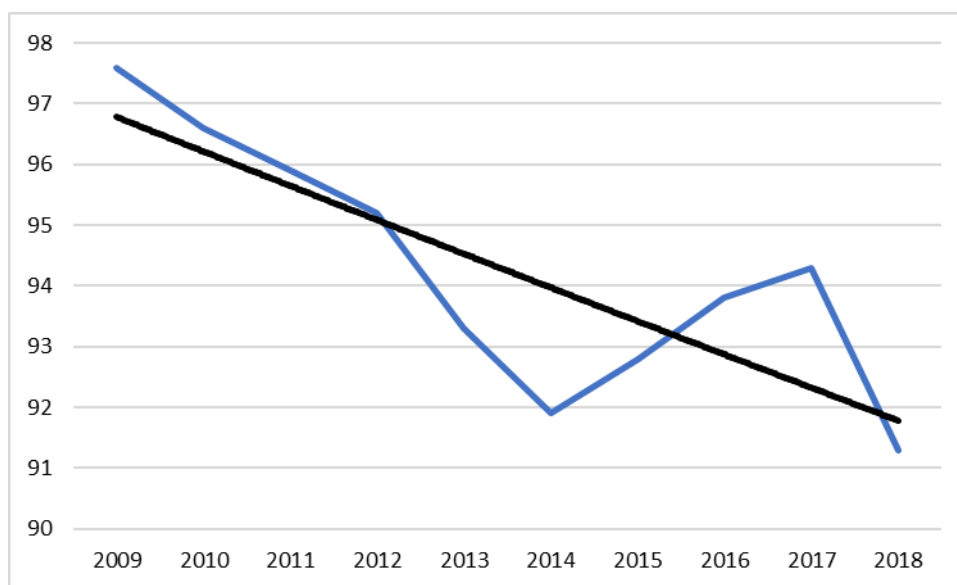


Рисунок 3.17 – Процент использования коек по области за 2009-2018 гг. (прямая линия – экспонента)

Показатель «Процент использования коек» в исследуемых учреждениях от показателя по области отличался незначительно. Процент использования коек в изучаемых учреждениях и в области имеет тенденцию к уменьшению, что связано с увеличением показателя «Среднегодовое число коек».

При анализе изменчивости показателя среднегодового числа коек (числа фактически занятых коек месяца к 12 месяцам) в ГУЗ «Областная

клиническая психиатрическая больница Святой Софии» с 2009 по 2018 гг. минимальное значение отмечалось в 2010 году (900), максимальные – в 2009 и 2014 годах (1042 и 1049 соответственно). В 2018 году показатель составил 1000, что на 0,6% ниже, чем в предыдущем, 2017 году (1006) (Таблица 3.4, Рисунок 3.18).

Таблица 3.4 – Динамика показателя «Среднегодовое число коек» в учреждениях Саратова и Саратовской области за 2009-2018 гг.

Учреждения	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ОКПБ	1042	900	946	930	997	1049	998	997	1006	1000
Саратовский ГПНД	58	58,4	58,2	58,5	58,8	59	59,4	59,6	59,6	58,5
Балаковский ПНД	218,7	229,9	190	230	230	195,4	200	213	230	230
По области	2685,5	2604	2651	2662	2641	2735	2706	2710	2734	2739

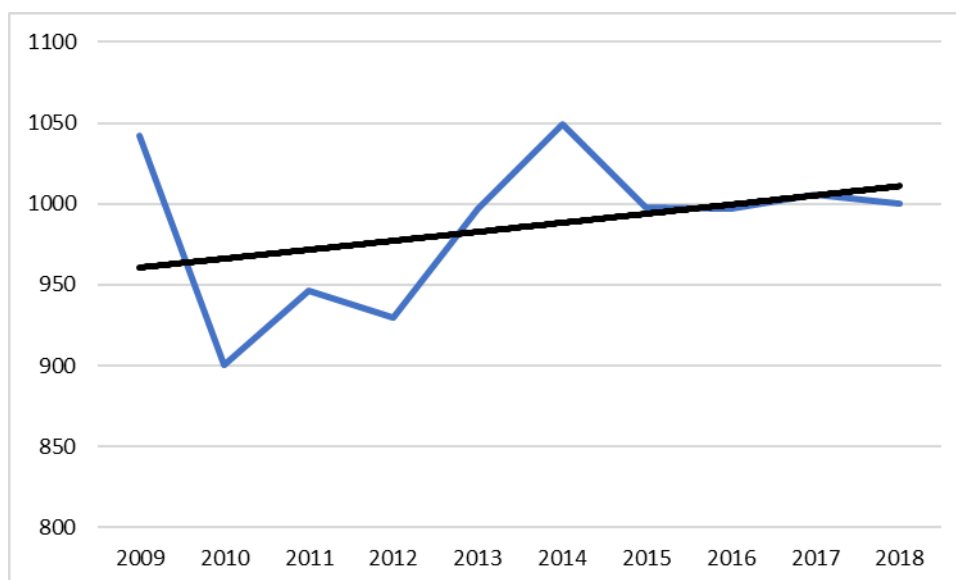


Рисунок 3.18 – Среднегодовое число коек в ОКПБ за 2009-2018 гг.

Экспонента показывает тенденцию к увеличению показателя «Среднегодовое число коек», коэффициент корреляции составляет 0,3 ($p=0,4$).

В ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» среднегодовое число коек за исследуемый период повышалось до 2017 г., в 2018 г. отметилось снижение показателя с 59,5 до 58,5. Экспонента показывает общее увеличение показателя, что подтверждается выявленными значительными связями ($r=0,8$; $p=0,02$) (Рисунок 3.19).

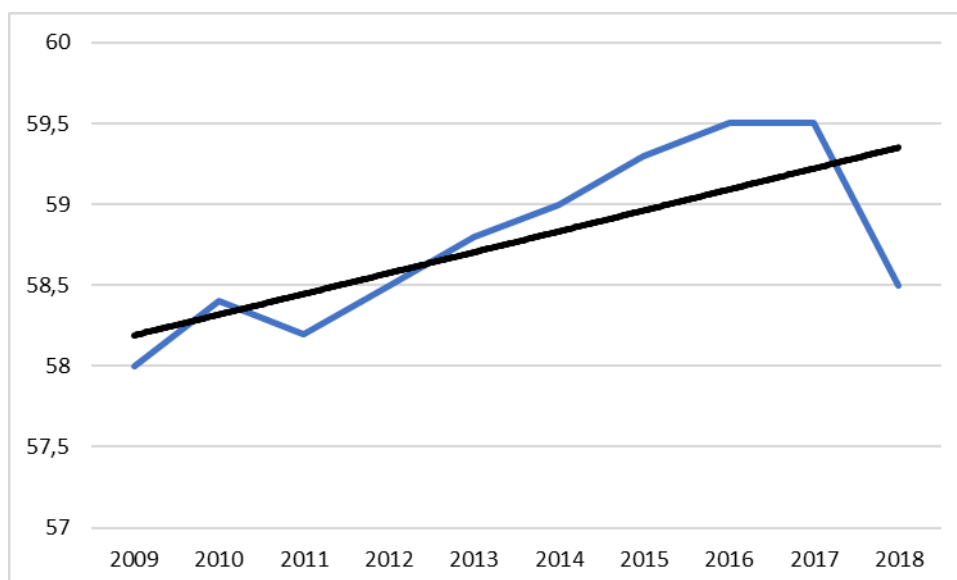


Рисунок 3.19 – Среднегодовое число коек в Саратовском ГПНД за 2009-2018 гг.

Среднегодовое число коек в ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» с 2009 по 2018 гг. оставалось максимально стабильным в 2010, 2012-2013 гг. и 2017-2018 гг. (230 коек). Минимальное значение отмечалось в 2011 году (190 коек). За исследуемый период хотя и видно некоторое увеличение показателя, но оно статистически незначимо ($r=0,1$; $p=0,6$) (Рисунок 3.20).

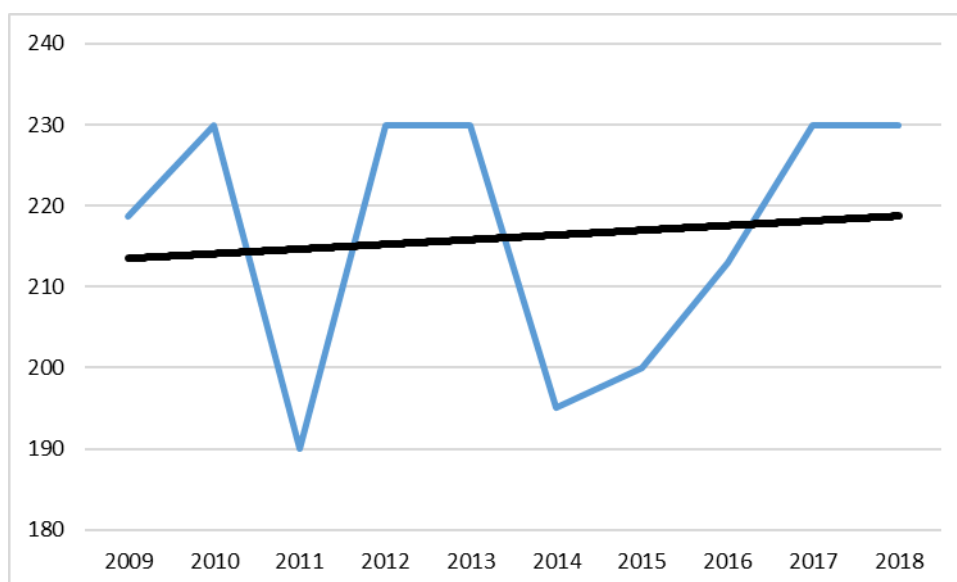


Рисунок 3.20 – Среднегодовое число коек в Балаковском ПНД за 2009-2018 гг.

Среднегодовое число коек в учреждениях области за последние 10 лет изменялось по-разному. Минимальное количество было отмечено в 2010 году (2604 койки), максимальное – в 2018 году (2739 коек, на 0,2% выше по сравнению с 2017 годом). Видна явная тенденция к увеличению показателя, что подтверждается сильной связью ($r=0,8$; $p=0,01$) (Рисунок 3.21).

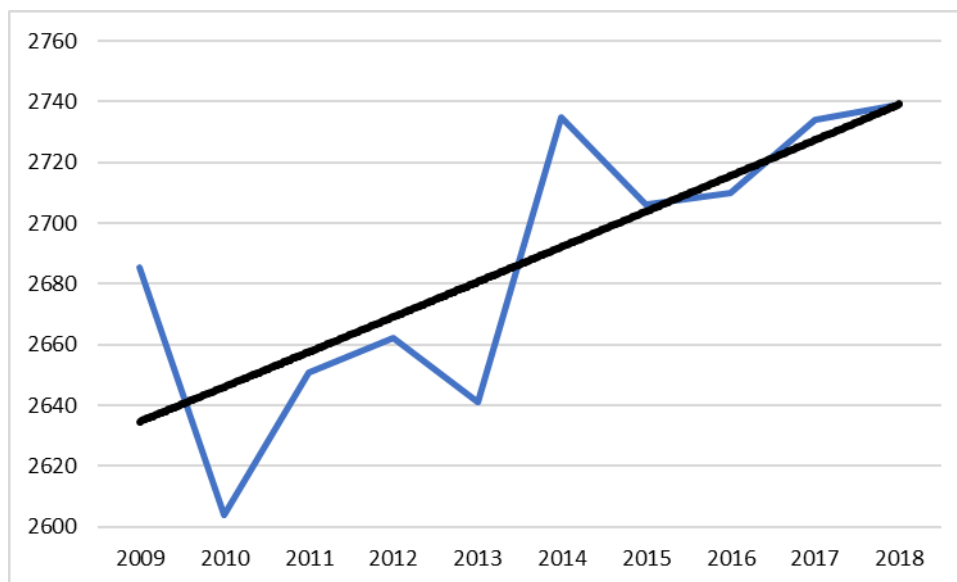


Рисунок 3.21 – Среднегодовое число коек по области за 2009-2018 гг.

При анализе взаимосвязи показателей «Процент использования коек» и «Среднегодовое число коек» выявлены значительные и сильные обратные связи данных параметров в ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» и в учреждениях области ($r=-0,8$; $r=-0,6$ соответственно), по ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» и по ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» значения коэффициентов корреляции не достигают статистической значимости, что, по-видимому, связано с небольшим коечным фондом данных учреждений.

Увеличение показателя «Среднегодовое число коек» предположительно может быть связано с увеличением финансирования в изучаемых лечебных учреждениях.

Рассмотрим динамику поступления больных в профильные учреждения как фактический показатель по Саратовской области на примере пациентов с шизофренией. Данный параметр с 2009 по 2018 гг. характеризовался

тенденцией к росту. Так, в 2009 году его значение составило 21%. В 2012 году отмечалось минимальное поступление больных с шизофренией по области – 20%. Однако к 2019 году показатель достиг максимального значения, увеличившись до 23,5% (на 10,6% по сравнению с 2009 годом) (Рисунок 3.22).

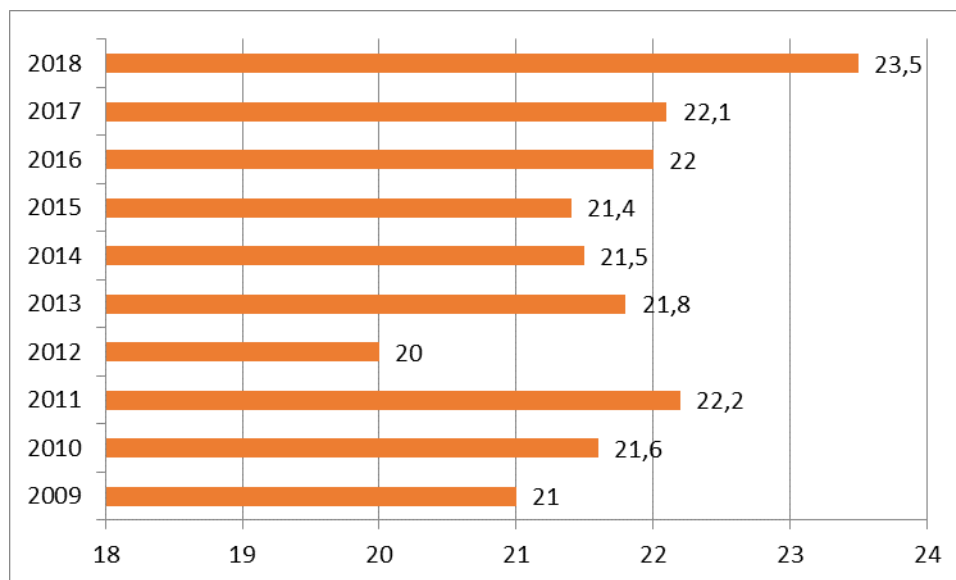


Рисунок 3.22 – Динамика поступления больных с шизофренией по области с 2009 по 2018 гг. (%)

Таким образом, такие проанализированные фактические показатели, как «Средняя длительность пребывания в стационаре» и «Динамика поступления больных» остаются на достаточно высоком уровне.

Проанализированные показатели эффективности работы коечного фонда различных учреждений города и области за последние 10 лет оказались неоднородными. Основными причинами неоднородности данных показателей в исследуемых профильных учреждениях предположительно можно считать проведение профилактической дезинфекции, карантин в связи с внутрибольничной инфекцией, ремонт и т.д.

В целом, показатели эффективности работы коечного фонда проанализированных учреждений города и области свидетельствуют о тенденции сокращения коечной мощности.

Сохраняются высокие показатели средней продолжительности пребывания пациента в стационаре, низкий оборот койки. Хотя в последнее время намечается тенденция к сокращению психиатрического коечного фонда на фоне сокращения сроков пребывания психически больных в стационарах и возможностью амбулаторных психиатрических учреждений обеспечивать оказание эффективной психиатрической помощи (лечебной, реабилитационной, социальной и иной) всему контингенту психически больных.

Таким образом, продолжающееся реформирование психиатрической службы, не подкрепляемое достаточными финансовыми вливаниями и современными организационными мероприятиями, по-прежнему грозит серьезными последствиями, которые могут сократить доступность психиатрической помощи населению до минимума. Все это самым отрицательным образом скажется на социальном положении больных с психическими расстройствами и на социальной обстановке в стране в целом (Казаковцев Б.А., Николаева Т.А., Творогова Н.А., Сидорюк О.В., 2018).

Описанные обстоятельства указывают на необходимость в удовлетворении реально сложившихся потребностей населения в психиатрической помощи за счет улучшения использования коек в анализируемых профильных учреждениях города и области путем процесса оптимизации психиатрической службы (Демчева Н.К., Сидорюк О.В., Николаева Т.А. с соавт., 2018).

Таким образом, расширение реабилитационного звена в структуре психиатрической помощи больным шизофренией должно стать актуальным и эффективным фактором оптимизации пациент-ориентированной помощи в Саратовском регионе.

3.3. Динамика основных эпидемиологических показателей психических расстройств (в частности шизофрении) в Саратове, Саратовской области и Российской Федерации

За последнее десятилетие количество людей с психическими заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением, значительно сократилось. Так, по Саратовской области в 2009 году показатель составлял 1688 на 100 тысяч населения, а в 2018 году – 1556,1 на 100 тысяч населения (снижение на 7,9%). Аналогичная тенденция наблюдалась и в городе: показатель на 100 000 населения снизился с 1641,8 до 1494,4 (9,0%). Эта тенденция согласуется с распространенностью психических заболеваний в Российской Федерации за тот же период. С 2009 по 2018 год показатель снизился с 2990,6 на 100 000 населения до 2744,4 (8,2%) (Таблица 3.5, Рисунок 3.23).

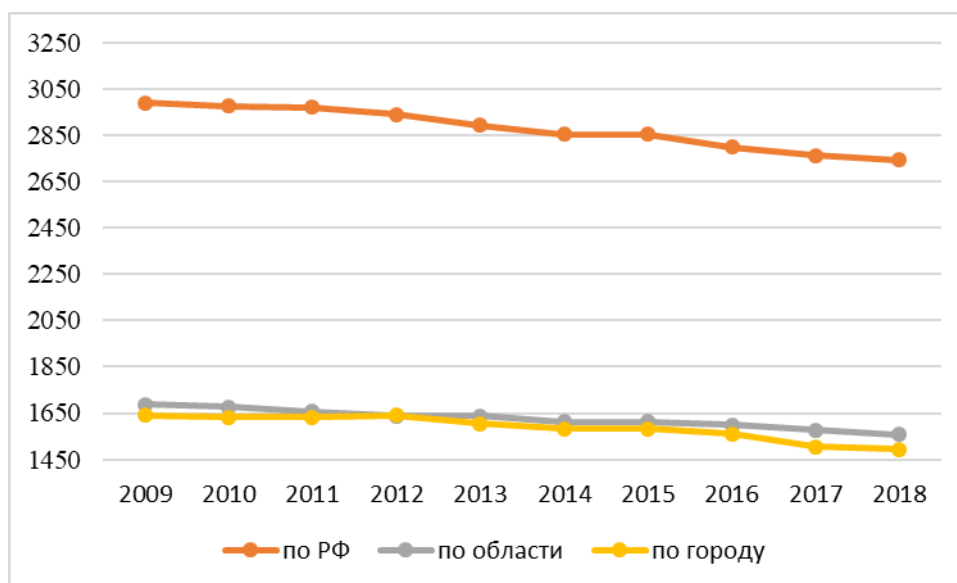


Рисунок 3.23 – Распространенность психических расстройств (РФ, Саратовская область, г. Саратов) за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Тенденция снижения показателя «Распространенность психических расстройств» за последнее десятилетие подтверждается сильными обратными связями ($r=-0,90--0,92$).

Таблица 3.5 – Динамика показателя «Распространенность психических расстройств» по РФ, Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 100 тыс. населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по РФ	2990,6	2977,6	2970,2	2941,1	2892,5	2855,7	2855,6	2799	2762,3	2744,4
по области	1688	1677,4	1658	1638,2	1638,7	1614,2	1614,2	1597,9	1576,3	1556,1
по городу	1641,8	1632,3	1632,2	1640,1	1605,2	1581,1	1581,1	1559,9	1504,9	1494,4

Аналогичная тенденция в виде снижения показателя «Распространенность психических расстройств» отмечалась также среди взрослого и детского населения. Изучаемый показатель по области у взрослых в 2009 году составил 1600,1, у детей – 1885,1; в 2018 году – 1535,5 и 1398 на 100 тыс. населения соответственно. Таким образом, показатель «Распространенность психических расстройств» у взрослого населения снизился на 4,0%, у детей – на 25,8% (Таблица 3.6, 3.7, Рисунок 3.24, 3.25).

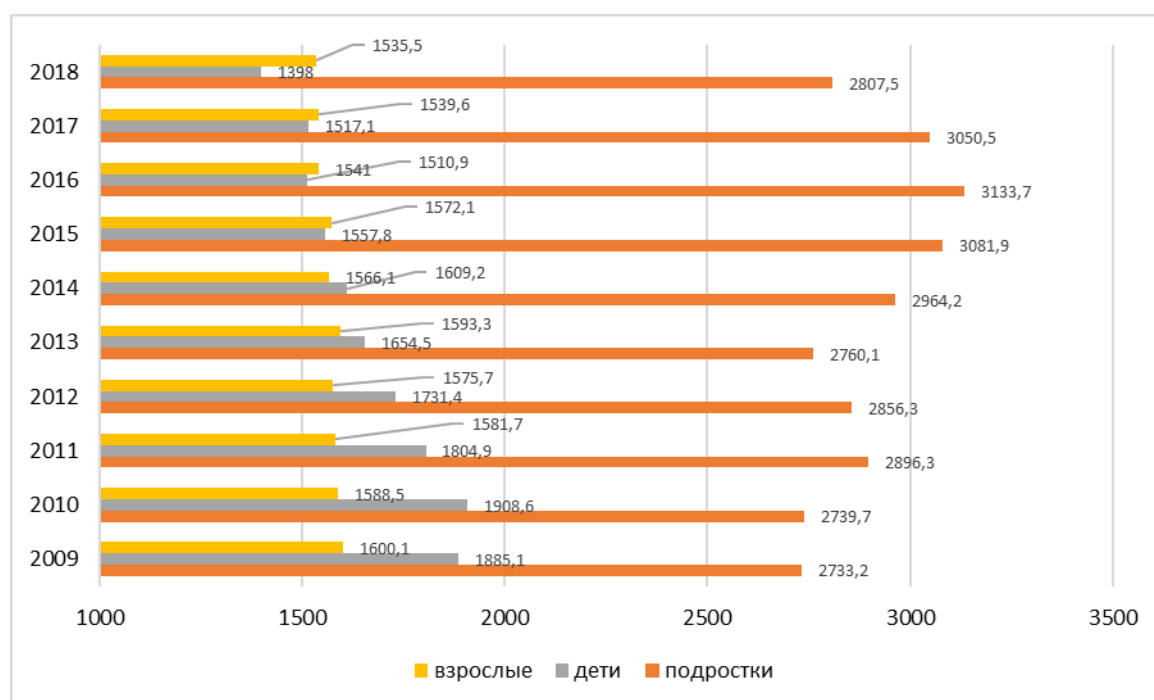


Рисунок 3.24 – Распространенность психических расстройств по Саратовской области в возрастных группах за 2009-2018 гг.
(в расчете на 100 тыс. населения)

Таблица 3.6 – Динамика показателя «Распространенность психических расстройств» по Саратовской области в возрастных группах за 2009-2018 гг.

Возрастные периоды	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
взрослые	1600,1	1588,5	1581,7	1575,7	1593,3	1566,1	1572,1	1541	1539,6	1535,5
Дети	1885,1	1908,6	1804,9	1731,4	1654,5	1609,2	1557,8	1510,9	1517,1	1398
подростки	2733,2	2739,7	2896,3	2856,3	2760,1	2964,2	3081,9	3133,7	3050,5	2807,5

По городу сохранялась динамика в виде снижения показателя «Распространенность психических расстройств» на 7,1% среди взрослого населения и на 24,4% среди детей. Анализируя изучаемую ситуацию среди подростков, можно отметить иную динамику. Отмечен рост показателя «Распространенность психических расстройств» за последние 10 лет среди подростков (по области показатель вырос на 2,7%, по городу – на 12,4%).

Высокий уровень распространенности психических расстройств среди подростков можно объяснить тем, что в структуре заболеваемости несовершеннолетних традиционно преобладают непсихотические психические расстройства и умственная отсталость. Родители избегают обращения в государственные учреждения, в результате чего статистические данные не отражают реальную картину заболеваемости.

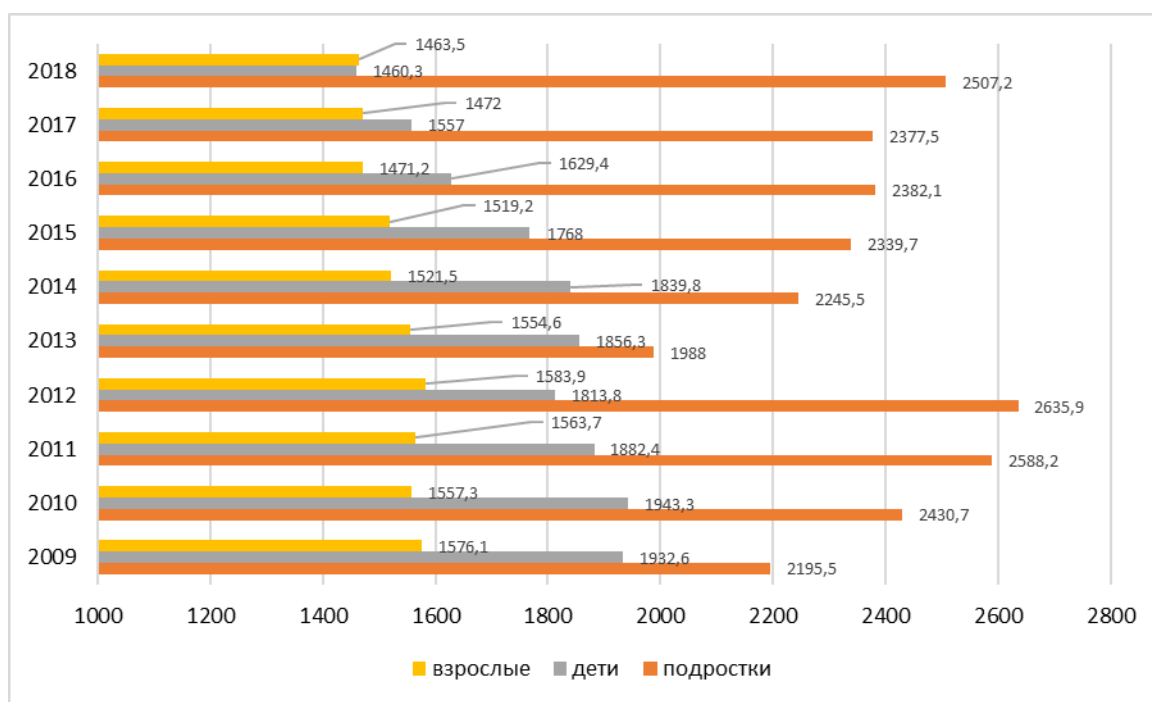


Рисунок 3.25 – Распространенность психических расстройств по г. Саратову в возрастных группах за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Таблица 3.7 – Динамика показателя «Распространенность психических расстройств» по г. Саратову в возрастных группах за 2009-2018 гг.

Возрастные периоды	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
взрослые	1576,1	1557,3	1563,7	1583,9	1554,6	1521,5	1519,2	1471,2	1472	1463,5
Дети	1932,6	1943,3	1882,4	1813,8	1856,3	1839,8	1768	1629,4	1557	1460,3
подростки	2195,5	2430,7	2588,2	2635,9	1988	2245,5	2339,7	2382,1	2377,5	2507,2

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%. Динамика распространенности шизофрении за период с 2009 по 2018 годы в целом согласовывается с общей тенденцией распространенности психических расстройств с данными по РФ. Но отмечаются более низкие темпы снижения данного показателя. Так, по Саратовской области изучаемый показатель снизился на 1,0% (с 370,8 до 367,2 на 100 тыс. населения), по городу – на 1,7% (с 510,9 до 502,4 на 100 тыс. населения), тогда как по РФ – на 11,9% (с 431,3 до 379,9 на 100 тыс. населения). О снижении показателя в течение десятилетия говорит выявленная тесная обратная связь ($r=-0,83--0,91$) (Таблица 3.8, Рисунок 3.26).

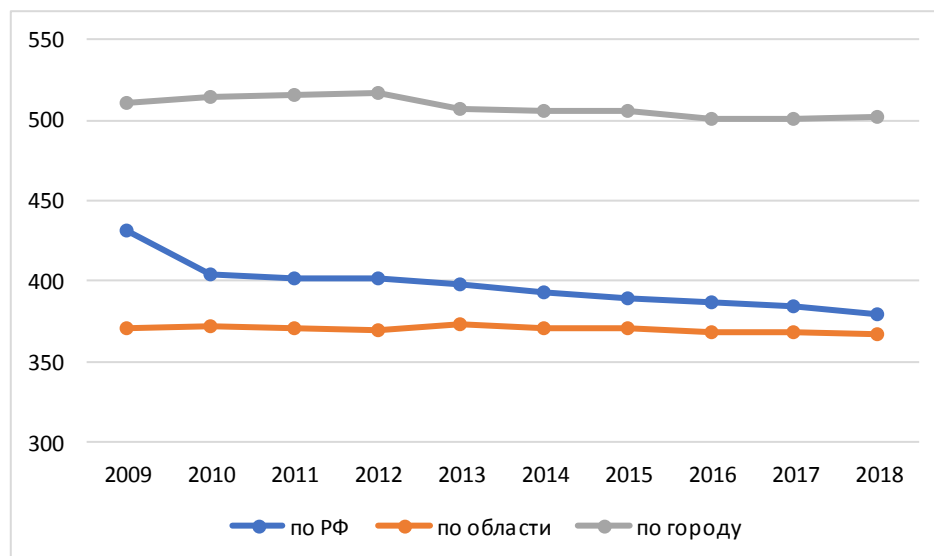


Рисунок 3.26 – Распространенность шизофрении (Саратов, Саратовская область, РФ) за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Таблица 3.8 – Динамика показателя «Распространенность шизофрении» по РФ, Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 100 тыс. населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по РФ	431,3	404,3	402,1	401,2	397,3	392,5	389,8	387,1	384,8	379,9
по области	370,8	372	370,8	369,3	373,6	371	370,8	368,7	367,7	367,2
по городу	510,9	514,2	515,8	516,7	507,4	505,7	505,6	500,4	500,8	502,4

Таким образом, можно отметить, что уровень показателя «Распространенность шизофрении» в структуре всех психических расстройств среди населения города Саратова оставался достаточно высоким и стабильным на протяжении всего исследуемого периода, что можно объяснить высокими цифрами выявляемости и обращаемости пациентов с шизофренией, что в свою очередь связано с созданием развитой амбулаторной сети ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» и максимальной доступностью помощи населению.

В период с 2009 по 2018 гг. показатель числа первичных больных (шизофрения, непсихотические психические расстройства и умственная отсталость) по РФ постепенно снижался и к 2019 году составил 41,0 на 100 тыс. населения, что на 31,3% ниже по сравнению с 2009 годом (59,7 на 100 тыс. населения).

Аналогичная тенденция отмечалась и на территории Саратова и Саратовской области. Так, по области заболеваемость психическими расстройствами снизилась на 11,2% (с 87,5 до 77,7 на 100 тыс. населения), по городу – на 10,2% (с 82,0 до 76,3 на 100 тыс. населения).

При этом уровень заболеваемости психическими расстройствами на всей территории Саратовской области на протяжении исследуемого периода был выше уровня по РФ; в 2018 году изучаемые показатели по Саратову и Саратовской области были практически одинаковыми (76,3 и 77,7 на 100 тыс. населения) и превышали данный показатель по РФ на 46,3–47,2% (Таблица 3.9, Рисунок 3.27).

Таблица 3.9 – Динамика заболеваемости психическими расстройствами по РФ, Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 100 тыс. населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по РФ	59,7	55,3	54,6	52,2	49,1	47,7	45,4	44	42,9	41
по области	87,5	96	87,6	84,4	87,3	86,6	86,3	77,9	90,9	77,7
по городу	82	95,8	79,7	80,2	91,6	86	86,1	77,9	90,4	76,3

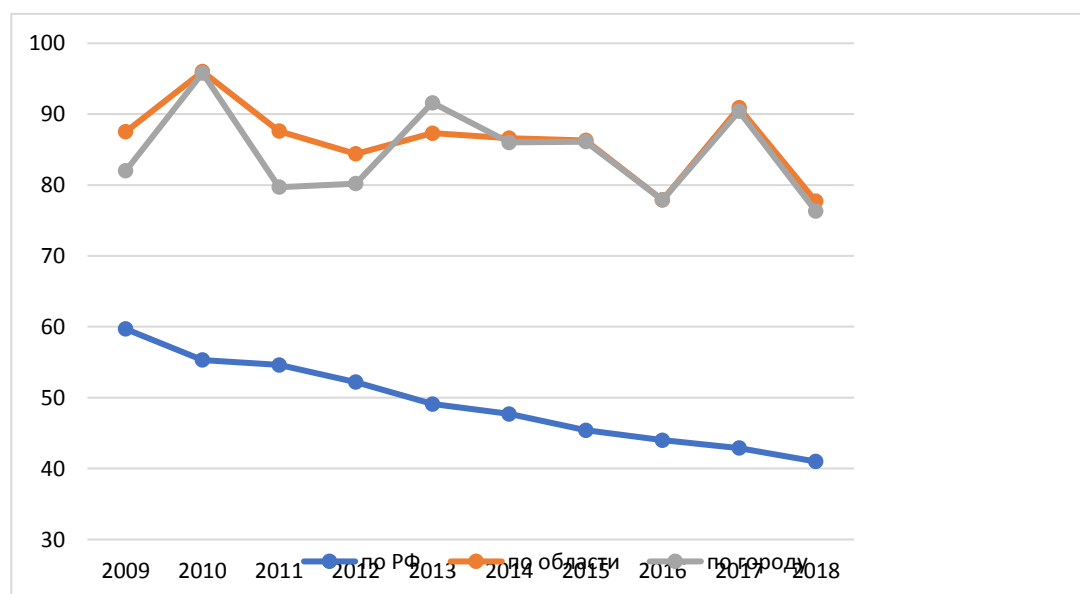


Рисунок 3.27 – Заболеваемость психическими расстройствами (РФ, Саратовская область, Саратов) за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

При анализе уровня заболеваемости первичных больных (шизофрения, непсихотические психические расстройства и умственная отсталость) по городу Саратову превышал аналогичный показатель по Саратовской области. В 2009 году уровень заболеваемости по Саратовской области составил 63,1 на 100 тыс. населения. Максимальные значения отмечались в 2010, 2013 и 2017 гг. (68,7; 68,4 и 68,9 на 100 тыс. населения соответственно). Минимальные показатели были в 2016 и 2018 гг. (56,6 и 57,8 на 100 тыс. населения соответственно).

Аналогичная изменчивость показателя заболеваемости больных с впервые в жизни установленными психическими расстройствами, с

преобладанием в 2010 и 2017 гг. (82,3 и 88,8 на 100 тыс. населения соответственно), отмечалась и в городе.

Среди детского населения отмечался достаточно высокий уровень заболеваемости больных с впервые в жизни установленными психическими расстройствами как по городу (165,7 на 100 тыс. населения в 2009 году и 101,1 на 100 тыс. населения в 2018 году), так и по области (240,6 на 100 тыс. населения в 2009 году и 181,3 на 100 тыс. населения в 2018 году), что можно объяснить тем, что к разряду психических расстройств у детей могут быть отнесены и другие формы заболеваний, связанные с поражением центральной нервной системы.

На фоне высоких значений показателя «Заболеваемость психическими расстройствами» среди детей выявляется среднегодовая тенденция к его снижению ($r=-0,92$ в 2009 году; $r=-0,87$ в 2018 году).

Среди пациентов подросткового возраста отмечалась тенденция в виде увеличения заболеваемости с впервые в жизни установленными психическими расстройствами (шизофрения, непсихотические психические расстройства, умственная отсталость) как по городу, так и по области. Максимальные значения по области отмечались в 2013, 2014, 2011, 2012 и 2015 гг. (150,8; 120,7; 110,4; 104,8 и 104,5 на 100 тыс. населения соответственно).

В 2018 году показатель составил 76,1 на 100 тыс. населения, что на 10,1% выше по сравнению с 2009 годом (67,8 на 100 тыс. населения). Максимальное значение заболеваемости подростков по Саратову отмечалось в 2011 году (109,2 на 100 тыс. населения).

В 2009, 2010 и 2014 гг. также отмечался невысокий уровень заболеваемости психическими расстройствами среди подростков (35,7; 43,8 и 44,6 на 100 тыс. населения соответственно). В 2018 году показатель составил 58 на 100 тыс. населения, что на 28,4% выше по сравнению с 2009 годом (Таблица 3.10, 3.11, Рисунок 3.28, 3.29).

Таблица 3.10 – Динамика заболеваемости психическими расстройствами по Саратовской области в возрастных группах за 2009-2018 гг.

Возрастные периоды	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
взрослые	63,1	68,7	62,8	60,9	68,4	61,6	64,8	56,6	68,9	57,8
Дети	240,6	266,6	232	210,3	205,8	224,2	202,1	191,8	208,7	181,3
подростки	67,8	80,2	110,4	104,8	150,8	120,7	104,5	95,4	96,7	76,1

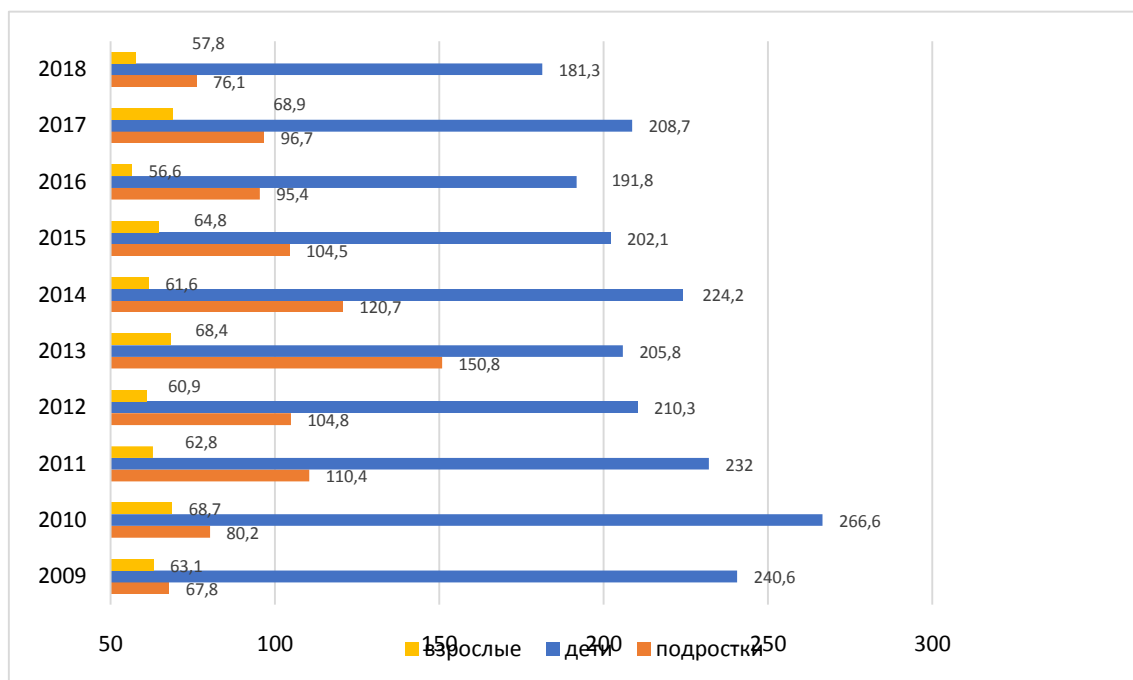


Рисунок 3.28 – Заболеваемость психическими расстройствами по Саратовской области в возрастных группах за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

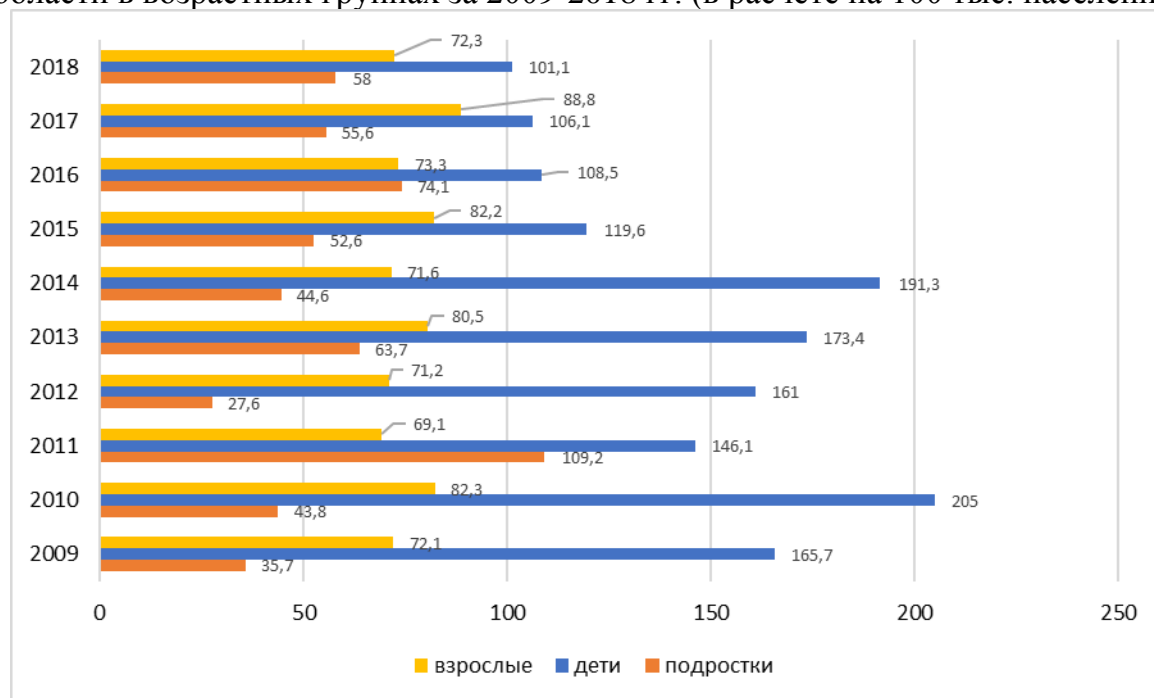


Рисунок 3.29 – Заболеваемость психическими расстройствами по г. Саратову в возрастных группах за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Таблица 3.11 – Динамика заболеваемости психическими расстройствами по г. Саратову в возрастных группах за 2009-2018 гг.

Возрастные периоды	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
взрослые	72,1	82,3	69,1	71,2	80,5	71,6	82,2	73,3	88,8	72,3
Дети	165,7	205	146,1	161	173,4	191,3	119,6	108,5	106,1	101,1
подростки	35,7	43,8	109,2	27,6	63,7	44,6	52,6	74,1	55,6	58

Эпидемиологическое исследование показателей заболеваемости психическими расстройствами детского и подросткового населения в динамике демонстрирует существенные различия в зависимости от возрастной группы, что свидетельствует о необходимости более тщательного обследования детей в максимально ранние сроки (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.07.2018 № 410н «О внесении изменения в приложение № 1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514н»).

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. Максимальные значения отмечаются среди населения города Саратова. По данным РФ заболеваемость шизофренией в 2009 году составляла 9,7 на 100 тыс. населения, в 2018 году уровень снизился на 40,2% (до 5,8 на 100 тыс. населения).

По Саратовской области максимальные значения показателя «Заболеваемость шизофренией» отмечались в 2010 и 2011 годах (11,3 и 10,1 на 100 тыс. населения соответственно). Минимальными показателями были в 2014 и 2018 годах (8,2 и 8,3 на 100 тыс. населения соответственно).

По городу Саратову максимальный уровень отмечался в 2010 году (15,9 на 100 тыс. населения), что на 17,6% превышало значения в 2009 году

(13,1 на 100 тыс. населения). В последующие годы отмечалась тенденция к уменьшению заболеваемости шизофренией с незначительными колебаниями в 2013 (11,9 на 100 тыс. населения), 2015 (13 на 100 тыс. населения) и 2017 (10,3 на 100 тыс. населения) годах.

Минимальный уровень заболеваемости отмечался в 2014 году (8,1 на 100 тыс. населения). К 2019 году показатель достиг значения 9,6 на 100 тыс. населения, что на 26,7% ниже по сравнению с 2009 годом (13,1 на 100 тыс. населения) (Таблица 3.12, Рисунок 3.30).

Таблица 3.12 – Динамика заболеваемости шизофренией по РФ, Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 100 тыс. населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по РФ	9,7	9,1	8,7	8,4	7,9	7,4	6,8	6,5	6,1	5,8
по области	9,7	11,3	10,1	8,7	9,5	8,2	9,7	8,7	9,4	8,3
по городу	13,1	15,9	12,5	10	11,9	8,1	13	9,5	10,3	9,6

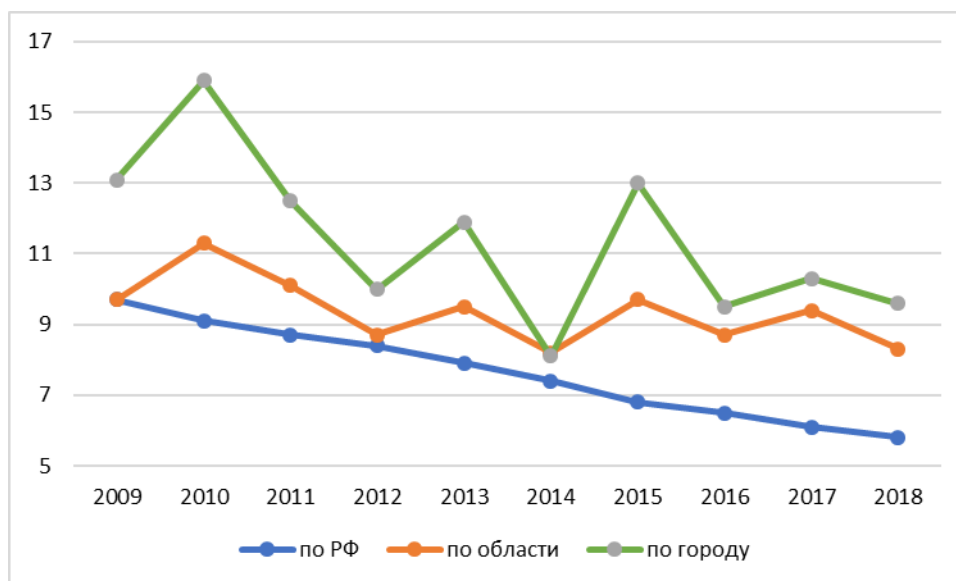


Рисунок 3.30 – Заболеваемость шизофренией по РФ, Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг. (в расчете на 100 тыс. населения)

Таким образом, за последние 10 лет можно отметить различные изменения показателей распространенности и заболеваемости психическими расстройствами (в частности шизофренией) по городу и области.

Уровень показателя распространенности шизофренией в структуре всех психических расстройств среди населения города Саратова оставался

достаточно высоким и стабильным на протяжении всего исследуемого периода и превышал аналогичный показатель и по Саратовской области, и по РФ. Показатель заболеваемости шизофренией среди всех психических расстройств, как по городу, так и по области с 2009 по 2018 гг. характеризовался в основном положительной динамикой в виде ее уменьшения, 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. По-видимому, снижение заболеваемости может быть связано с поздней выявляемостью психических заболеваний, распространенностью стигматизации. К сожалению, статистические данные не дают возможности напрямую оценить значение данных причин, однако, позволяют провести косвенную оценку отмеченной тенденции (Оксенойт Г.К., 2017).

За последние 10 лет отмечался рост показателя «Число посещений психиатра по поводу психических заболеваний» (на 1000 жителей) как по Саратову, так и по Саратовской области. (Таблица 3.13, Рисунок 3.31).

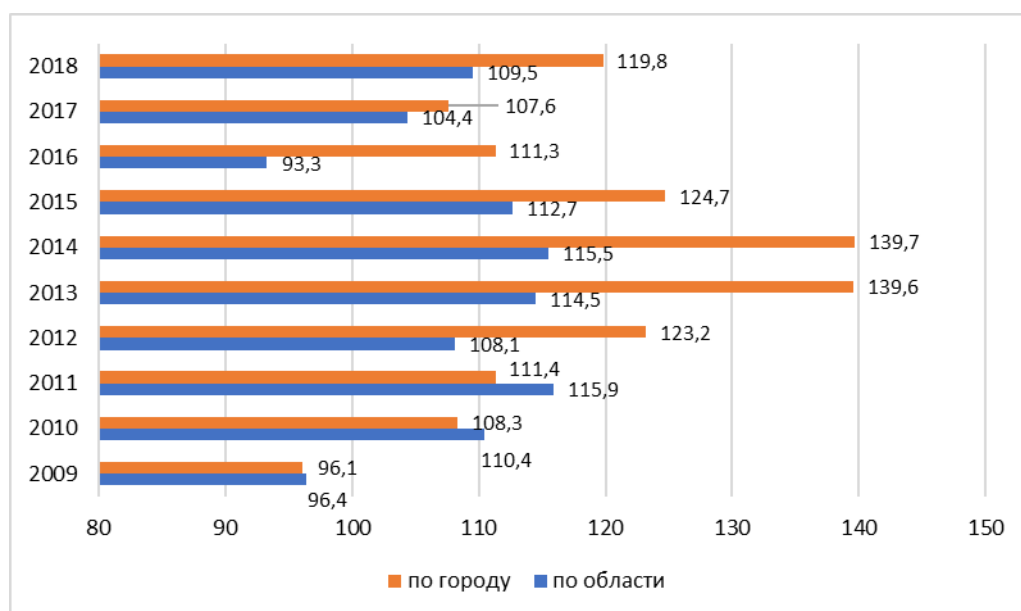


Рисунок 3.31 – Динамика показателя «Число посещений психиатра по поводу психических заболеваний» по Саратовской области и по г. Саратову за 2009-2018 гг. (на 1000 жителей)

В 2009 году показатель по области составил 96,4 на 1000 жителей, по городу – 96,1 на 1000 жителей. К 2019 году 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).

Таблица 3.13 – Динамика показателя «Число посещений психиатра» по Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 1000 населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по области	96,4	110,4	115,9	108,1	114,5	115,5	112,7	93,3	104,4	109,5
по городу	96,1	108,3	111,4	123,2	139,6	139,7	124,7	111,3	107,6	119,8

Рост показателя «Число посещений психиатра по поводу психических заболеваний» можно объяснить высоким уровнем просветительской работы, позволяющей повысить уровень доверия, качество оказываемой помощи. Описанные факторы приводят к дестигматизации пациентов с психическими расстройствами в обществе.

Показателем эффективности проводимой терапии психических расстройств является количество больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с улучшением. При анализе показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» по Саратову и Саратовской области, отмечается динамика в виде уменьшения числа пациентов (Таблица 3.14, Рисунок 3.32).

Таблица 3.14 – Динамика показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» по Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг.

Контингент (на 1000 населения)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
по области	39,8	37,9	42	39,3	38,9	43,6	32,4	30,4	28,8	32,5
по городу	40,4	40,3	32,7	36,5	31,2	46,8	38,4	39,9	34,7	29,2

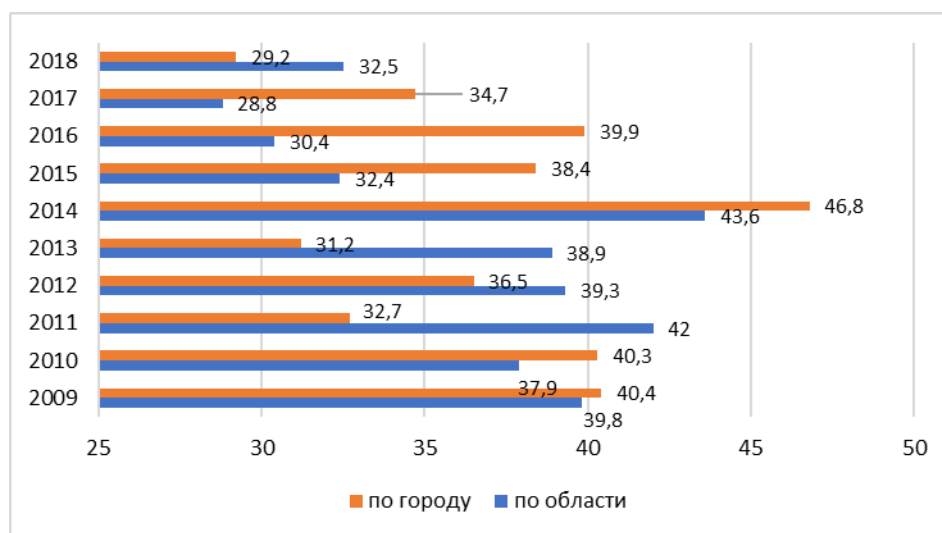


Рисунок 3.32 – Динамика показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» по Саратовской области и г. Саратову за 2009-2018 гг. (на 100 тыс. населения)

В 2009 году значения показателя «Количество больных, снятых с диспансерного наблюдения» 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 27,7% по городу (29,2 на 100 тыс. населения)

Сокращение количества больных с психическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи с улучшением на фоне уменьшения показателей распространенности и заболеваемости психическими расстройствами (в частности шизофренией), свидетельствует о недостаточной эффективности и разработанности комплексного персонифицированного подхода, включающего применение реабилитационных программ.

3.4. Динамика инвалидности лиц трудоспособного возраста в связи с шизофренией на территории Саратовской области

Инвалидность, вызванная психическим заболеванием, является еще одним из важнейших эпидемиологических показателей и индикатором

финансового ущерба от психического заболевания (Лиманкин О.В., 2016). Инвалидность вследствие шизофрении, являясь одним из ключевых показателей общественного здоровья, входит в десятку ведущих причин нарушения трудоспособности в мире и встречается по данным разных авторов от 43 до 52% в структуре общей инвалидности (Бочеева Е.А., 2012; Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017; Penn D.L., Waldheter E.J., Perkins D.O. et al., 2005). Эффективность работы профильных учреждений является показателем организации психиатрической службы при правильном прогнозировании уровня психической инвалидности (Ганиханов А.А., 2008). По данным бюро МСЭ психиатрического профиля, за последние десять лет в области уменьшилось число инвалидов. За это время количество больных шизофренией с впервые установленной группой инвалидности в Саратовской области снизилось на 57,7%, с 242 пациентов до 102 (по РФ снижение составило 21,4%). С повторно подтвержденной группой инвалидности за 10-летний период количество пациентов с 2009 по 2018 год постепенно снизилось на 58,8%, с 1693 до 698 человек (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Описанная динамика подтверждает улучшение психического состояния пациента, исхода лечения шизофрении, а также качества жизни и социального функционирования пациента (Таблица 3.15, Рисунок 3.33).

Таблица 3.15 – Динамика количества больных с впервые установленной и повторно подтвержденной инвалидностью по Саратовской области за 2009-2018 гг.

Контингент (количество пациентов)	Годы									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
впервые	242	228	222	275	250	250	205	182	192	102
повторно	1693	1567	1205	881	923	940	921	895	755	698

Таким образом, необходим поиск экономичных форм работы психиатрических стационаров, ориентированных на сохранение социальной адаптации больных, таких как перепрофилизация или частичная перепрофилизация, организация дополнительных стационарных и

внебольничных отделений психосоциальной реабилитации; создание при больницах отделений по типу общежитий – пансионатов для хронически больных; использование части коек в режиме полустационаров; организация стационаров на дому (Шевченко Л.С., Ястребов В.С., Солохина Т.А., Творогова Н.А., 2007).

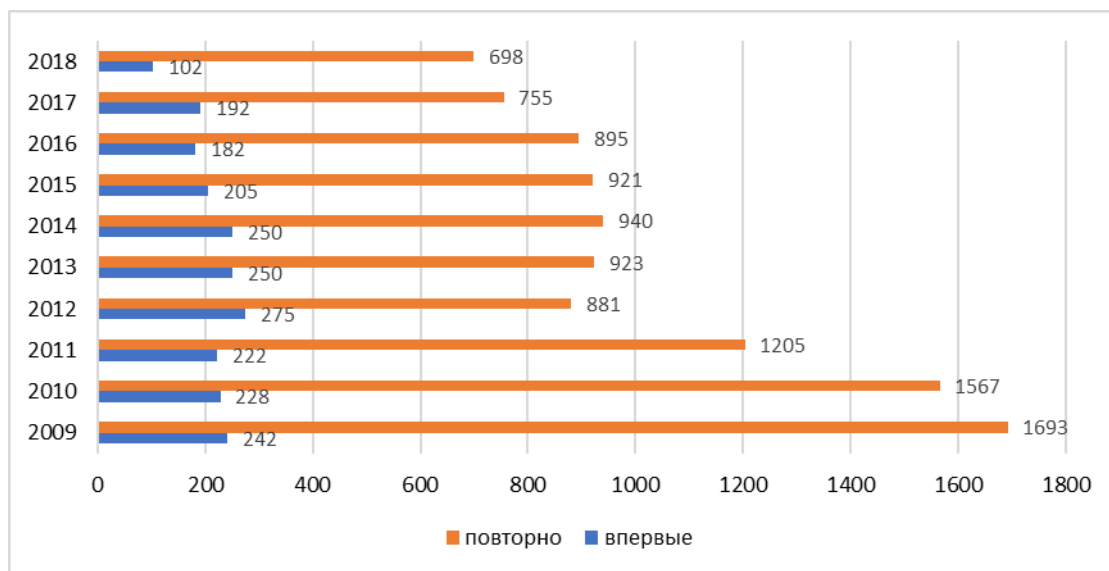


Рисунок 3.33 – Уровень инвалидности вследствие шизофрении по Саратовской области за 2009-2018 гг. (количество пациентов)

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 ложится все бремя психиатрической помощи, поэтому приоритет отдается фармакотерапии и недостаточное внимание уделяется психореабилитационному звену. В учреждениях психиатрического профиля есть недостаток узких специалистов, таких, как клинический психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, что также негативно сказывается на организации психиатрической помощи пациентам Саратова и Саратовской области. Таким образом, выявленные факты дают возможность определять тенденцию развития

психиатрической службы региона с акцентом на внедрение психосоциальной реабилитации в качестве приоритетного направления.

Анализ структуры психопатологии, зарегистрированной в г. Саратове и Саратовской области, позволил получить важные данные для улучшения качества психиатрической помощи больным шизофренией. Анализ данных о расстройствах шизофренического спектра в Саратовской области за последнее десятилетие позволил разработать на региональном уровне профилактические программы (целевые и комплексные) смягчения первичных расстройств. Современный подход к комплексной психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией основан на принципах профилактики инвалидности и расширения реабилитационных мероприятий. Вышеприведенный анализ описывает и подтверждает наиболее актуальные проблемы и пробелы психиатрической помощи в г. Саратове и Саратовской области, описывает, как они реализуются, а также вводит и тестирует современные эффективные формы организации помощи психически больным.

По итогам анкетирования регионов Приволжского федерального округа по вопросам психосоциальной помощи лицам с ментальными особенностями выявлено:

- в сфере охраны психического здоровья работает 355 организаций различных организационно-правовых форм, из них 179 – некоммерческие организации;
- регионы ПФО значительно отличаются друг от друга по уровню развитости психосоциальной помощи и пониманию ее необходимости;
- низкая вовлеченность и заинтересованность региональных психиатрических служб в развитии психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами, что прямым образом влияет на их полноценное выздоровление и качество жизни;
- отсутствие государственных программ охраны психического здоровья в целом и психосоциальной реабилитации/психопрофилактики в частности;

- в 9 регионах ПФО имеются отделения реабилитации, которые представлены как круглосуточными отделениями, так и отделениями дневного пребывания, в 3-х регионах нет отделений реабилитации, только 4 региона указали на наличие лечебно-трудовых мастерских.

Согласно данным электронного каталога организаций Приволжского федерального округа, оказывающих помощь людям с психическими особенностями в Саратовском регионе созданного Союзом специалистов в сфере охраны психического здоровья (2019) к некоммерческим организациям относятся:

- Саратовское региональное отделение «Российский Детский Фонд» (целевая аудитория – дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), включая нарушения психического развития; направления – правовая поддержка, содействие в развитии реабилитационных услуг);
- Фонд социальной поддержки семьи и детства «Океан» (целевая аудитория – дети и подростки с расстройствами аутистического спектра (РАС); направления – коррекционно-реабилитационные программы);
- Фонд помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства с ментальными расстройствами «Добрые взрослые» (целевая аудитория – дети-инвалиды и инвалиды детства с ментальными расстройствами; направления – содействие социальной реабилитации и социальной адаптации, проект создания Автономного межрегионального центра реабилитации для детей с ментальными расстройствами);
- Саратовская региональная общественная организация родителей детей с ментальными нарушениями здоровья «Пробуждение» (целевая аудитория – дети с РАС и их семьи; направления – оказание моральной и психологической поддержки семьям и координация усилий по защите интересов особых детей и расширения возможностей их социальной адаптации и интеграции в общество, проведение творческих мастерских и досуговых мероприятий);

- «Центр иппотерапии и конного спорта «Победный аллюр» (целевая аудитория – дети и взрослые с ОВЗ, включая ДЦП, нарушения психического развития; направления – физическая и социальная адаптация и реабилитация посредством иппотерапии и адаптивной верховой езды).

К организациям в сфере культуры и искусства относятся

- ФГБУК «Саратовский государственный художественный музей им. А.Н. Радищева» (целевая аудитория – дети и подростки с РАС; направления – коррекционная помощь посредством арт-терапии (проект «Арт-аутизм», реализуемый совместно с Фондом социальной поддержки семьи и детства «Океан»);

- МУК «ГКДТ «Романтик», Народный самодеятельный коллектив изостудии «Вдохновение» (целевая аудитория – люди пожилого возраста, в том числе с когнитивными нарушениями; направления – культурно-просветительная и досуговая деятельность, выставочная деятельность).

К организациям в сфере физической культуры и спорта относятся:

- ГБУ Саратовской области «Областная комплексная детско-юношеская спортивно-адаптивная школа «Реабилитация и Физкультура» (целевая аудитория – инвалиды с двух лет, в том числе с интеллектуальными нарушениями; направления – реабилитация посредством физической культуры и спорта, совершенствование спортивного мастерства);

- ГБУ «Саратовский областной спортивный центр развития адаптивной физической культуры и спорта» (целевая аудитория – дети и взрослые с ОВЗ, включая психические нарушения; направления – реабилитация посредством адаптивной физической культуры и спорта).

К учреждениям социальной защиты относятся:

- ГАУ СО «Центр адаптации и реабилитации инвалидов «Парус надежды» (целевая аудитория – люди с инвалидностью различных категорий, включая ментальные нарушения; направления – услуги социально-культурной, социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации);

- районные интернаты (целевая аудитория – лица с хроническими психическими расстройствами; направления – социально-бытовые, социально-психологические, социально-педагогические, социально-медицинские, социально-правовые услуги);

- ГАУ Саратовской области «Комплексный центр социального обслуживания населения г. Саратова»; ООО «Свободные люди» (Приложение № 2 приказов Министерства труда и социальной защиты Саратовской области № 824 и Министерства здравоохранения Саратовской области № 166-п от 19.07.2021 «О социальной адаптации и реабилитации в организациях социального обслуживания граждан, прошедших курс медицинской реабилитации»).

Часть функций перечисленных учреждений берут на себя образовательные учреждения и учреждения здравоохранения.

Таким образом, работа вышеуказанных учреждений на территории Саратовского региона направлена в основном на детскую и подростковую аудиторию. Прослеживаются пробелы в организации оказания реабилитационной помощи взрослому населению с ментальными расстройствами.

Организация современной психиатрической помощи на региональном уровне должна выстраиваться по пути оптимизации помощи пациентам с психическими расстройствами, в частности шизофренией. Рекомендуется организация Центра психосоциальной реабилитации с амбулаторным и стационарным отделениями. Основными принципами работы Центра должны быть: бригадный подход; принцип преемственности оказания помощи в различных медицинских учреждениях Саратова и области; своевременная полная диагностика имеющихся нарушений; назначение терапии атипичными нейролептиками в сочетании с реабилитационными программами; оценка динамики и прогнозирование психического состояния пациентов; проведение психопросветительской работы путем создания Школы психосоциальной реабилитации для пациентов с психическими

расстройствами и их родственников, организованной на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации.

Описанные направления современной психиатрической помощи позволят персонифицировать алгоритм ведения пациентов данной категории, 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 инвалидизации пациентов с шизофренией на региональном уровне.

ГЛАВА 4. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Для разработки оптимальной модели психиатрической службы Саратовского региона, основанной на полипрофессиональном персонифицированном подходе к лечебно-реабилитационной стратегии, было проведено детальное научное исследование, основанное на изучении динамики психического состояния 420 пациентов, находившихся на лечении и наблюдавшихся с 2011 по 2018 гг. Исследовательскими базами выступали наиболее крупные и авторитетные учреждения Саратовской области: ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии», ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер», ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер».

На основании клинико-психопатологического метода обследования, у всех пациентов ($n = 420$) было квалифицировано, непрерывнотекущее течение параноидной шизофрении, что соответствует в МКБ-10 параноидной шизофрении с непрерывным типом течения (F20.00-20.006).

По признаку прогрессивности случаи непрерывнотекущей шизофрении, взятые для данной работы ($n = 420$), в соответствии с систематикой, представленной в Руководстве по психиатрии под ред. А.В. Снежневского (1972), относились к прогрессивным, в частности, мало и умеренно прогрессивным формам.

В структуре прогрессивной формы шизофрении в соответствии со стандартизированной синдромальной оценкой у всех обследуемых в анамнезе были выделены бредовой и галлюцинаторный варианты: острый параноидный приступ (в т.ч. с синдромом Кандинского-Клерамбо) – 48,4%; острый галлюцинаторный приступ – 38,3%; острый параноидальный приступ (приступ с интерпретативным бредом) – 11%; острый парафренный приступ – 2,3%.

Психопатологическая симптоматика применительно к выборке (n=420) была рассмотрена в структуре следующих синдромов: параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдром (в том числе Кандинского-Клерамбо) (76,2%, n=320). Остальные синдромы (кататонический, неврозоподобный, психопатоподобный, аффективно-бредовый, аффективно-галлюцинаторный, парафренный синдромы) преобладали в меньшей степени (23,8%).

С целью оценки влияния на результат лечения пациентов с шизофренией таких факторов, как длительность расстройства и лечения, наличие или отсутствие реабилитации и вид фармакотерапии пациенты на основании медицинской документации были распределены на две группы в зависимости от длительности расстройства (I – пациенты с первым психотическим эпизодом (ППЭ), II – пациенты с длительностью расстройства более пяти лет), и в каждой группе выделено по четыре подгруппы в зависимости от вида проводимой терапии (А – пациенты, получающие атипичные нейролептики, Т – пациенты, получающие типичные нейролептики, R – наличие реабилитации) (Самойлова Д.Д., 2018).

Методом простой случайной выборки с применением компьютерной программы генератора случайных чисел были выделены основные группы – реабилитируемые пациенты с непрерывной формой, малопрогрессирующим (IAR, n=62, 14,8%; ITR, n=35, 8,3%) и умеренно прогрессирующим (IIAR, n=68, 16,2%; IIIR, n=64, 15,2%) течением, и группы сравнения – не реабилитируемые пациенты (IA, n=35, 8,3%, IT, n=64, 15,2%, IIA, n=62, 14,8%, IIT, n=30, 7,2%).

На момент включения в исследование пациенты основной и контрольной групп находились в стадии ремиссии.

Была разработана собственная шкала комплексной оценки тяжести психического состояния и результата лечения больных, которая применялась на протяжении всего периода наблюдения (четыре года). Результаты шкалы основывались на информации, полученной из медицинской документации, а также на показателях, применяемых при обследовании психометрических

шкал. В таблицах приведены градации баллов состояния пациентов по различным шкалам: шкала PANSS; «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (СФ и КЖ); методика «Лица Экмана»; методика «Hinting Task»; «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина». Выделены три степени тяжести психического состояния больных параноидной шизофренией для комплексной оценки результатов лечения пациентов в исследуемых парах групп: «неудовлетворительное», «удовлетворительное», «хорошее». Каждой категории был присвоен балл: «1», «2» и «3» соответственно. Для каждой из шкал согласно данной градации предложены диапазоны баллов.

1 балл («неудовлетворительное» психическое состояние) – тяжелые и сильно выраженные психические нарушения, незначительное улучшение в динамике терапии и наблюдения, прогноз неблагоприятный, количество обострений максимальное (3-4 раза за период наблюдения), ремиссии некачественные, нестойкие, непродолжительные, преобладают типы «С» и «D»;

2 балла («удовлетворительное» психическое состояние) – умеренно выраженные психические нарушения, дезактуализация и частичная редукция симптоматики в динамике терапии и наблюдения, прогноз удовлетворительный, количество обострений составляет 2-3 за период наблюдения, при этом ремиссии носят менее благоприятный характер с преобладанием типов «В» и «С»;

3 балла («хорошее» состояние) – слабо выраженные психические нарушения, максимальный эффект от терапии, прогноз благоприятный, количество обострений составляет 1-2 за весь период наблюдения, ремиссии были длительные и качественные (типы «А» или «В»).

Так, на основании опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (СФ и КЖ), содержащего 10 показателей с оценкой каждого от 1 до 4 баллов, состояние,

оцененное в 10-20 баллов, считается «неудовлетворительным», в 20-30 – «удовлетворительным», в 30-40 баллов – «хорошим» (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – 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 (баллы)	1	2	3

По «Шкале приверженности лечению Мориски-Грина» 0 баллов соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 1-2 балла – «удовлетворительному», 3-4 балла – «хорошему».

Методика «Hinting Task» оценивает состояние больных от 0 до 20 баллов; 0-6 баллов – состояние «неудовлетворительное», 6-14 баллов – «удовлетворительное», 14-20 баллов – «хорошее».

По методике «Лица Экмана» диапазон составляет 0-14 баллов, 0-4 балла соответствует «неудовлетворительному» состоянию, 4-10 баллов – «удовлетворительному», 10-14 баллов – «хорошему» (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – 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 (баллы)	1	2	3

В связи с тем, что «неудовлетворительное» состояние по методикам «Лица Экмана», «Hinting Task», «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» может оцениваться нулевым баллом, для выведения формулы

регрессионного уравнения к результатам проверки по перечисленным методам добавлена единица.

Большинство диагностических шкал имеет прямую связь количества баллов и состояния пациента (чем лучше состояние, тем выше балл, тогда как шкала PANSS имеет обратную связь количества баллов с состоянием (чем лучше состояние, тем ниже балл). Поэтому при оценке влияния результата лечения на психический статус пациентов шкала PANSS, оценивающая клинический аспект состояния, рассматривается отдельно от других шкал, оценивающих социальный аспект. При этом баллы и PANSS, и других шкал были соотнесены с баллами, оценивающими тяжесть психического состояния пациента («неудовлетворительное» – 1, «удовлетворительное» – 2, «хорошее» – 3 балла).

Для шкалы PANSS при оценке продуктивных (P) и негативных (N) симптомов градация следующая: «неудовлетворительное» – 49-36, «удовлетворительное» – 36-20, «хорошее» – 20-7 баллов, т.к. каждый блок содержит 7 вопросов, оцениваемых от 1 до 7 баллов. Максимально хороший результат, когда на каждый вопрос получен 1 балл, составляет 7, отрицательный – 49, когда на каждый вопрос получено 7 баллов. Для оценки общих (G) симптомов диапазон значений составляет от 112 до 16 баллов, состояние в 112-80 баллов расценивается как «неудовлетворительное», в 80-48 – «удовлетворительное», в 48-16 – «хорошее» (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – 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 (баллы)	1	2	3

Таким образом, суммы баллов по совокупности показателей шкал, оценивающих социальный аспект психического состояния пациента («Hinting Task», «Лица Экмана», Мориски-Грина), соответственно составляют: «неудовлетворительное» состояние – 3-13 – 1 балл, «удовлетворительное» – 14-29 – 2 балла, «хорошее» – 30-41 балл – 3 балла. По шкале PANSS, оценивающей клинический аспект состояния пациента, диапазон баллов от 210 до 152 расценивается как «неудовлетворительный» – 1 балл; от 152 до 88 – «удовлетворительный» – 2 балла; от 88 до 30 – «хороший» – 3 балла.

Так как в комплексной оценке психического состояния пациентов применяли по 3 шкалы, минимальное количество баллов составляет 3, максимальное – 9. Методом сигмальных отклонений 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).

Такая комплексная оценка психического состояния больных помогает оптимизировать анализ влияния различных методов терапии, упростить диагностическую тактику и персонифицировать алгоритм лечения.

4.1. Динамика показателей социального функционирования и качества жизни групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

Для выявления закономерностей изменчивости показателей социального функционирования и качества жизни душевнобольных в изучаемых выборках применяли опросник, включающий определение субъективной характеристики ряда признаков, отражающих важные аспекты социальной удовлетворенности.

Признак «Общее благополучие» у пациентов I группы (пациенты с ППЭ) на I этапе лечения (1-й год) варьировал от 2,40 до 2,78 балла (формат данных при распределении, приближающемся к нормальному – $M \pm m$, при распределении, отличном от нормального – GMe), в зависимости от схемы лечения в подгруппах статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Статистически значимых различий не выявлено и между соседними этапами лечения ($p > 0,05$). В основном статистически значимые различия существуют между крайними этапами лечения (между I и IV), поэтому мы сочли целесообразным в работе проводить сравнительный анализ выраженности признаков на начальном и конечном этапах исследования.

На IV этапе лечения (4-й год) у пациентов IA подгруппы показатель «Общее благополучие» не изменился по сравнению с I ($p > 0,05$). Однако данный показатель в подгруппе IAR статистически значимо повысился от 2,78 до 3,06 балла к концу лечения ($s = 0,8$; $p = 0,01$). Размер эффекта составил 0,35 (умеренный эффект) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.1).

Таблица 4.4 – Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов I группы на I этапе обследования (наблюдения, лечения)

Признак	IA			IT			IAR			ITR		
	M	Me	GMe	M	Me	GMe	M	Me	GMe	M	Me	GMe
Общее Благополучие	2,40	2,50	2,50	2,74	3,00	2,75	2,78	3,00	2,90	2,50	2,50	2,50
Удовлетворенность здоровьем	2,60	2,74	2,60	2,68	3,00	2,68	2,78	3,00	2,79	2,50	2,50	2,50
Трудоспособность	1,65	2,00	1,65	1,63	2,00	1,63	3,56	4,00	3,56	2,00	2,50	2,00
Удовлетворенность мат. положением	2,00	2,40	2,00	2,47	3,00	2,50	2,50	3,00	2,56	2,25	2,00	2,25
Удовлетворенность жил. условиями	3,00	2,19	3,00	2,79	3,00*	2,83	3,72	4,00*	3,76	3,75	4,00	3,75
Удовлетворенность питанием	3,00	3,20	3,00	3,05	3,00	3,06	3,50	4,00	3,56	3,25	3,00	3,25
Удовлетворенность одеждой	3,40	2,70	3,40	3,05	3,00	3,06	3,50	4,00	3,63	3,25	3,00	3,25
Физическая работоспособность	2,56	3,28	3,00	2,75	3,00	2,86	2,76	3,00	2,82	2,65	3,00	3,00
Интеллектуальная продуктивность	2,56	2,50	3,00	2,75	3,00	3,00	2,76	2,50	2,57	2,65	3,00	3,75
Контакт с окружающими	3,16	3,00	3,20	2,89	3,00	3,00	3,22	3,00	3,29	3,50	3,50	3,50

В IT подгруппе данный показатель на различных этапах лечения не изменился, в отличие от подгруппы ITR, где также отмечалось статистически значимое повышение «общего благополучия» от 2,50 до 3,00 баллов ($p=0,02$). Эффект составил 0,6 (средний эффект).

Таблица 4.5 – Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов II группы на I этапе обследования (наблюдения, лечения)

Признак	IIA			IT			IAR			ITR		
	M	Me	GMe	M	Me	GMe	M	Me	GMe	M	Me	GMe
Общее благополучие	3,28	3,00	3,33	3,20	3,00	3,25	2,70	3,00	2,75	2,19	2,00	2,20
Удовлетворенность здоровьем	3,44	4,00	3,53	3,40	4,00	3,50	2,75	3,00	2,71	2,56	3,00	2,56
Трудоспособность	2,00	2,50	2,05	1,61	1,00	1,75	2,75	2,00	2,80	1,90	2,00	1,96
Удовлетворенность мат. положением	3,50	4,00	3,56	3,20	3,00	3,25	2,25	2,00	2,25	1,94	2,00	1,93
Удовлетворенность жил. условиями	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,80	3,00	3,00	3,06	3,00	3,07
Удовлетворенность питанием	3,39	4,00	3,47	3,20	3,00	3,25	3,35	3,00	3,39	2,56	3,00	2,62
Удовлетворенность одеждой	3,39	4,00	3,47	3,40	4,00	3,50	2,60	3,00	2,69	2,44	2,50	2,47
Физическая работоспособность	2,45	3,00	3,06	2,13	3,00	3,25	2,00	2,00	2,17	2,75	2,00	2,08
Интеллектуальная продуктивность	2,45	3,00	2,50	2,13	2,50	2,75	2,00	2,00	2,40	2,75	2,50	2,78
Контакт с окружающими	3,08	3,00	3,20	3,00	3,00	3,40	3,50	3,50	3,70	2,90	3,50	3,50

Таблица 4.6 – Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов I группы на IV этапе обследования (наблюдения, лечения)

Признак	IA			IT			IAR			ITR		
	M	Me	GMe	M	M	GMe	M	Me	GMe	M	Me	GMe
Общее благополучие	2,40	2,00	2,40	2,74	3,00	2,72	3,06	3,00	3,19	3,00	3,00	3,00
Удовлетворенность здоровьем	2,40	2,00	2,40	2,68	3,00	2,68	3,22	3,00	3,22	3,00	3,00	3,00
Трудоспособность	1,70	2,00	1,70	1,63	2,00	1,63	3,75	3,00	3,70	2,50	2,20	2,50
Удовлетворенность мат. положением	2,20	2,00	2,25	2,47	3,00	2,50	2,61	3,00	2,70	2,25	2,00	2,25
Удовлетворенность жил. условиями	2,80	3,00	2,80	2,84	3,00	2,88	3,61	4,00	3,69	3,50	3,50	3,50
Удовлетворенность питанием	3,00	3,00	3,00	3,05	3,00	3,06	3,50	4,00	3,56	3,25	3,00	3,25
Удовлетворенность одеждой	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,39	4,00	3,53	3,00	3,00	3,00
Физическая работоспособность	2,89	3,00	3,00	2,79	3,00	2,80	3,20	3,00	3,20	3,00	3,00	3,00
Интеллектуальная продуктивность	2,89	3,00	3,00	3,00	3,00	3,06	3,20	3,00	3,15	3,00	2,85	3,00
Контакт с окружающими	3,16	3,00	3,00	2,90	3,00	2,94	3,50	3,00	3,35	3,35	3,00	3,25

Уровень изучаемого признака «Общее благополучие» у пациентов II группы (пациенты с длительностью расстройства более пяти лет), получающих только психотропные препараты, изначально был достаточно высок (3,12-3,28 балла), но при этом отсутствует тенденция к увеличению показателя в зависимости от длительности лечения (этапов), различия статистически незначимы ($p > 0,05$).

В ПТР и ПАР подгруппах величина признака «Общее благополучие» статистически значимо увеличивается к IV этапу.

Таблица 4.7 – Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов II группы на IV этапе обследования (наблюдения, лечения)

Признак	ПА			ПТ			ПАР			ПТР		
	М	Me	GMe	М	Me	GMe	М	Me	GMe	М	Me	GMe
Общее благополучие	3,28	3,00	3,33	3,20	3,00	3,25	3,20	3,00	3,22	2,69	3,00	2,69
Удовлетворенность здоровьем	3,44	4,00	3,53	3,40	4,00	3,50	3,05	3,00	3,05	2,88	3,00	2,88
Трудоспособность	2,00	1,50	1,90	2,00	1,61	2,00	2,90	2,00	3,00	2,20	2,00	2,60
Удовлетворенность мат. положением	3,50	4,00	3,56	3,20	3,00	3,25	2,25	2,00	2,27	2,19	2,00	2,21
Удовлетворенность жил. условиями	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,13	3,06	3,00	3,07
Удовлетворенность питанием	3,39	4,00	3,47	3,20	3,00	3,25	3,30	3,00	3,37	2,63	3,00	2,69
Удовлетворенность одеждой	3,39	4,00	3,47	3,40	4,00	3,50	2,75	3,00	2,82	2,56	3,00	2,56
Физическая работоспособность	2,75	3,00	3,06	2,44	3,00	2,50	2,60	3,00	2,79	3,00	3,00	2,54
Интеллектуальная продуктивность	2,75	3,00	3,00	2,44	3,00	2,35	2,60	3,00	2,75	3,00	3,00	3,02
Контакт с окружающими	3,08	3,00	3,29	3,00	3,00	3,40	3,25	3,00	3,22	3,05	3,00	2,95

Так, в подгруппе ПАР показатель статистически значимо повысился с 2,70 до 3,20 балла ($s=0,7$; на 16%), а в подгруппе ПТР – с 2,19 до 2,69 балла ($s=0,8$; на 19%) соответственно ($p < 0,05$). Размер эффекта составил соответственно 0,7 (средний) и 0,31 (умеренный).

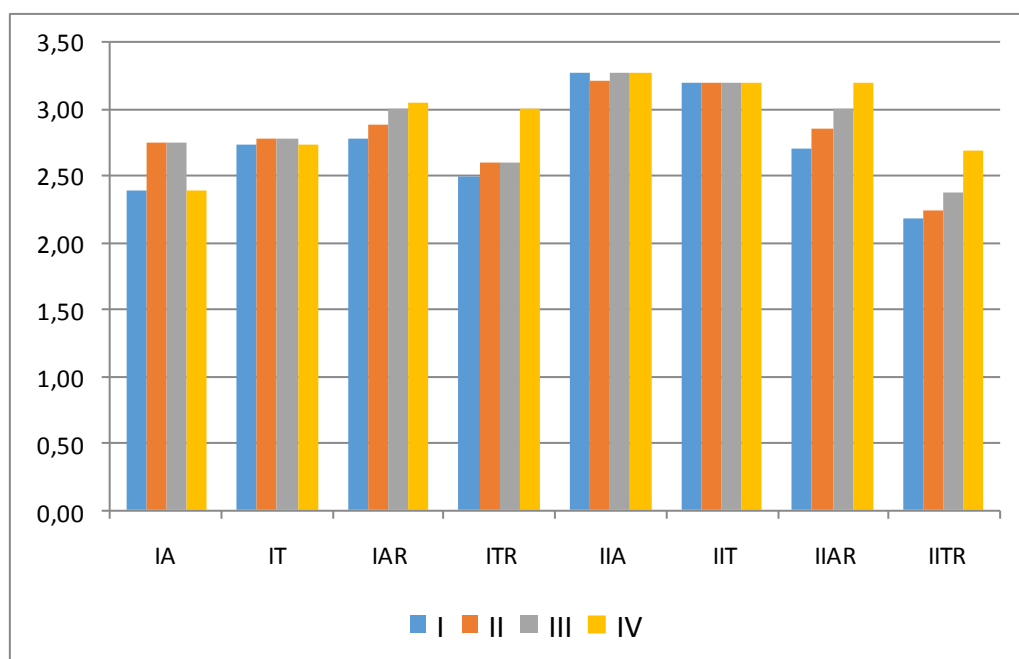


Рисунок 4.1 – Динамика показателя «Общее благополучие» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

При сравнении I и II групп статистически значимые различия (на 12%) выявлены в подгруппах ITR (2,50 балла) и IITR (2,19 балла) ($p=0,03$). В IAR подгруппе показатель «общее благополучие» также ниже (2,70 балла) по сравнению с IAR подгруппой (2,78 балла), но различия статистически незначимы ($p=0,07$), что говорит о неблагоприятном влиянии длительности течения расстройства на данный показатель.

Признак «Удовлетворенность здоровьем» у пациентов I группы на I этапе лечения варьировал в среднем от 2,60 до 2,68 балла, в зависимости от схемы лечения. В подгруппах пациентов без реабилитации статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$).

В IAR подгруппе показатель статистически значимо выше (2,78 балла) по сравнению с ITR подгруппой (2,50 балла) ($p=0,04$), что говорит о большем эффекте применения атипичных нейролептиков по сравнению с типичными.

На IV этапе лечения статистически значимое повышение ($p<0,05$) показателя «Удовлетворенность здоровьем» было отмечено в подгруппе ITR (от 2,50 до 3,00 баллов; $s=0,7$) и особенно в IAR подгруппе (от 2,78 до 3,22 балла; $s=0,8$) ($p<0,05$). Размер эффекта соответственно составил 0,7 и 0,6

(средний). Уровень изучаемого признака у пациентов II группы, получающих только психотропные препараты (IIA и IIT подгруппы), изначально был достаточно высоким (3,40-3,44 балла), при этом отсутствовала тенденция к увеличению показателя в зависимости от этапов лечения ($p>0,05$). Данные величины статистически значимо отличаются от значений признака в IITR и IIPAR подгруппах, где отмечено статистически значимое увеличение показателя к IV этапу ($p<0,05$).

Так, в подгруппе IIPAR показатель статистически значимо повысился от 2,75 до 3,05 балла (на 10%, $s=0,9$), а в подгруппе IITR – от 2,56 до 2,88 балла (на 11%, $s=0,8$) соответственно ($p<0,05$). Размер эффекта составил 0,3 и 0,4 (умеренный). При сравнении I и II групп на I этапе лечения статистически значимые различия выявлены в подгруппах IA (2,60 балла) и IIA подгруппах (3,44 балла) ($p=0,003$), а также между IT (2,68 балла) и IIT (3,40 балла) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.2).

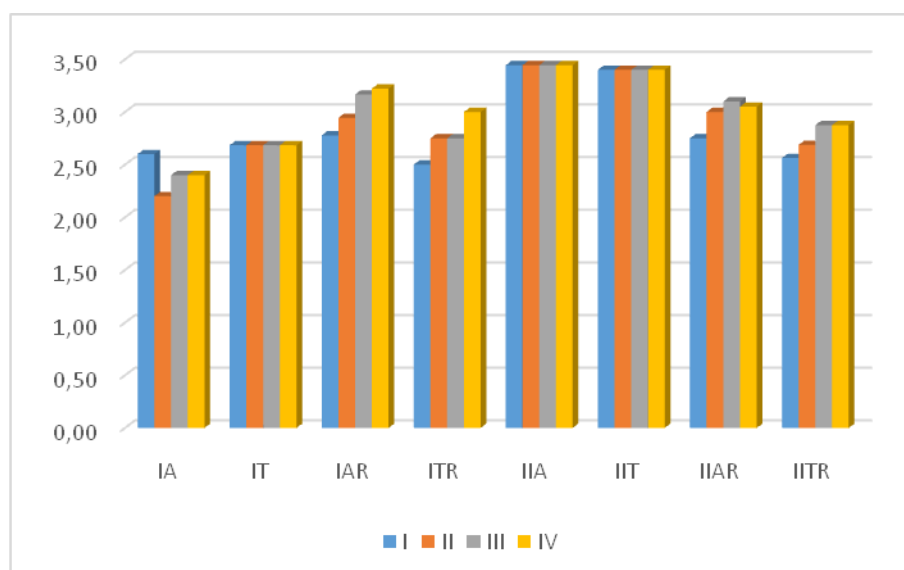


Рисунок 4.2 – Динамика показателя «Удовлетворенность здоровьем» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

В подгруппах пациентов с реабилитацией в группах с ППЭ и длительностью расстройства более пяти лет статистически значимых различий параметра не выявлено ($p>0,05$).

При изучении изменчивости показателя «Трудоспособность» в группе I на I этапе лечения значения варьировали от 1,63 до 3,56 балла. При этом

отмечалось статистически значимое увеличение параметра в зависимости от этапа лечения в следующих подгруппах: IAR от 3,56 до 3,75 балла ($s=1,2$; размер эффекта малый; $R=0,2$); в ITR – от 2,00 до 2,50 балла ($s=0,7$; размер эффекта малый, $R=0,4$); в IIAR – от 2,75 до 2,90 балла ($s=0,9$; размер эффекта умеренный, $R=0,2$) и в IIIR – от 1,90 до 2,20 балла ($s=0,6$; размер эффекта средний, $R=0,5$) к концу наблюдения ($p<0,05$).

В зависимости от схемы лечения на IV этапе максимальные показатели трудоспособности были отмечены в подгруппах реабилитируемых пациентов I группы: в подгруппе ITR – 2,50 балла, в IAR – 3,75 балла. Изучаемый показатель в группе II варьировал от 1,61 до 2,90 балла. К концу лечения, на IV этапе, статистически значимое повышение ($p<0,05$) показателя «трудоспособность» было отмечено в подгруппах IIAR (от 2,75 до 2,90 балла; $s=0,9$) и IIIR (от 1,90 до 2,20 балла; $s=0,6$). Размер эффекта составил 0,2 и 0,51 соответственно (умеренный и средний) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.3).

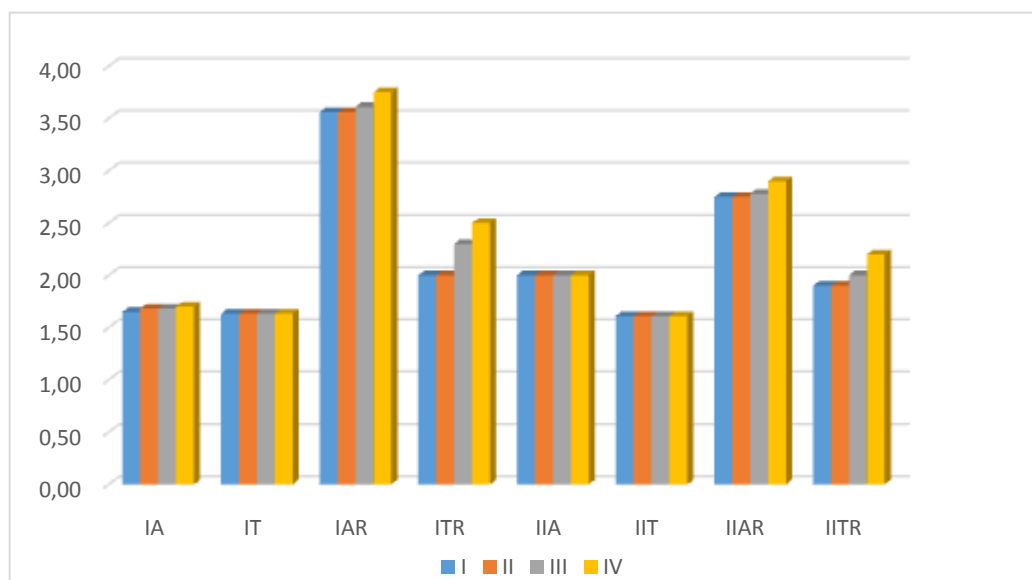


Рисунок 4.3 – Динамика показателя «Трудоспособность» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

Выявлены статистически значимые различия на I этапе лечения между IAR (3,56 балла) и IIAR (2,75 балла) подгруппами ($p=0,00$) и на IV этапе между IAR (3,75 балла) и IIAR (2,90 балла) подгруппами, а также между ITR (2,50 балла) и IIIR (2,20 балла) подгруппами ($p<0,05$).

Показатель «Удовлетворенность материальным положением» пациентов с ППЭ (I группа) на I этапе лечения варьировал от 2,00 до 2,50 балла. При этом в зависимости от схемы лечения в подгруппах данной группы статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

К концу лечения, на IV этапе статистически значимое повышение показателя «Удовлетворенность материальным положением» было отмечено в подгруппах IA (от 2,00 до 2,20 балла; $s=0,7$; размер эффекта умеренный, $R=0,3$), IAR (от 2,50 до 2,61 балла; $s=0,8$; эффект малый) и ITR (от 1,94 до 2,19 балла; $s=0,6$; размер эффекта умеренный, $R=0,4$) ($p < 0,05$).

Уровень изучаемого признака у длительно болеющих пациентов (IIA и IIT группы), получающих типичные и атипичные психотропные препараты, изначально был выше (3,20-3,50 балла) по сравнению с I группой. При этом тенденции к увеличению показателя в зависимости от этапов лечения в данных подгруппах не отмечалось ($p > 0,05$) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.4).

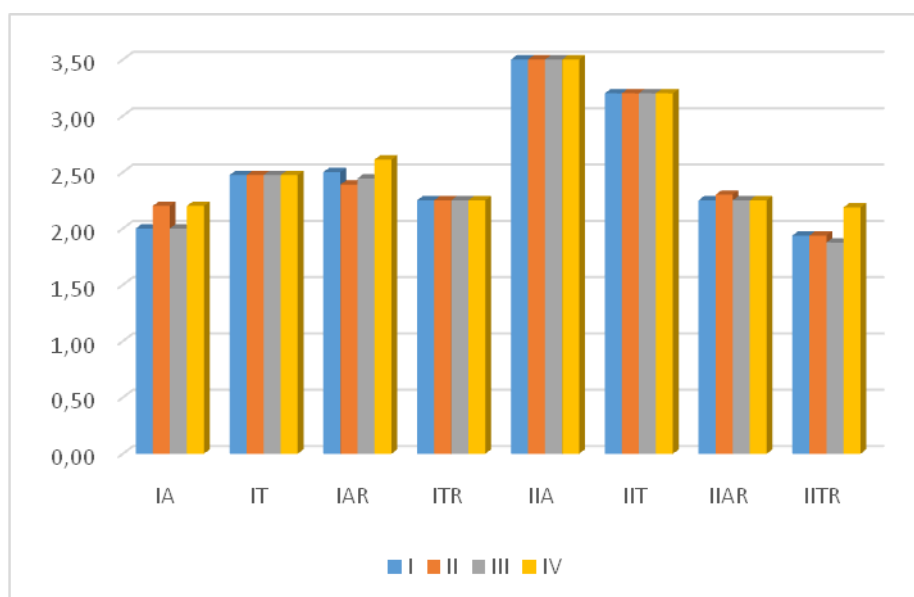


Рисунок 4.4 – Динамика показателя «Удовлетворенность материальным положением» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

Статистически значимые различия в зависимости от схемы терапии были выявлены в подгруппах IIA (3,50 балла) и IAR (2,25 балла) ($p=0,00$), IIA и IITR (1,96 балла) ($p=0,00$) на I и в этих же подгруппах на IV этапах наблюдения ($p=0,00$). На I этапе статистически значимые различия

присутствовали также в подгруппах IT (3,20 балла) и PTR (1,94 балла) ($p=0,008$).

При сравнении I и II групп на I и IV этапах статистически значимые различия выявлены в нескольких подгруппах: IA (2,00 и 2,20 балла) и ПА (3,50 балла на обоих этапах) ($p=0,007$; $p=0,009$ соответственно), IT (2,47 балла на обоих этапах) и ПА (3,50 балла на I и IV этапах) ($p=0,00$).

Признак «Удовлетворенность жилищными условиями» у пациентов I группы в начале наблюдения находился в пределах от 2,72 до 3,75 балла. При этом в подгруппах данной группы, отличающихся схемой лечения, выявлены статистически значимые различия: IT (2,79 балла) и IAR (3,72 балла) ($p=0,00$) на I и IV этапах лечения (2,84 и 3,61 балла соответственно, $p=0,001$). В этих подгруппах выявлен незначительный размер эффекта ($s=0,9$; $s=1,2$ соответственно; $R=0,2$). К концу лечения данный показатель в подгруппе IT изменился незначительно (от 2,79 до 2,84 балла; $s=0,9$) ($p=0,06$). Размер эффекта составил 0,2 (умеренный).

Уровень изучаемого признака у пациентов II группы на I этапе лечения варьировал в среднем от 2,80 до 3,06 балла. При этом в зависимости от схемы лечения в подгруппах данной группы статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$). При этом тенденция к увеличению показателя в зависимости от этапов лечения отмечалась в подгруппе IAR (с 2,80 до 3,00 баллов; $s=0,9$) ($p=0,04$). Эффект составил 0,2 (умеренный).

При сравнении I и II групп на I и IV этапах лечения статистически значимые различия выявлены в подгруппах: IAR (3,72 и 3,00 балла) ($p=0,001$) и ПА (3,61 и 3,00 балла) ($p=0,008$). В начале лечения статистически значимо отличались также показатели в подгруппах IAR (3,72 балла) и IAR (2,80 балла) ($p=0,006$), IAR (3,72 балла) и PTR (3,06 балла) ($p=0,003$) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.5).

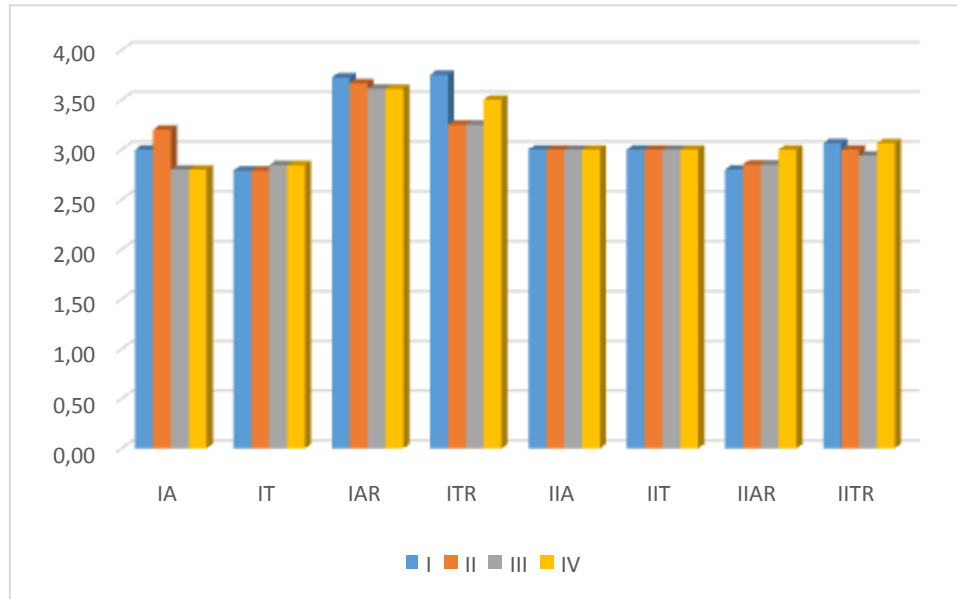


Рисунок 4.5 – Динамика показателя «Удовлетворенность жилищными условиями» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

При изучении признака «Удовлетворенность питанием» у пациентов I группы на I этапе лечения он варьировал в среднем от 3,00 до 3,50 балла. При этом статистически значимых изменений в зависимости от этапа лечения не отмечалось ($p > 0,05$). Однако можно отметить изначально более высокий показатель в группе IAR (3,50 балла), который оставался стабильным на всех этапах наблюдения.

Изучаемый показатель в группе II варьировал от 2,56 до 3,39 балла на I этапе лечения. При этом в зависимости от схемы лечения в подгруппах IT (3,20 балла) и IAR (3,35 балла), а также IIR (3,35 балла) и IITR (2,56 балла) были выявлены статистически значимые различия на I этапе лечения ($p = 0,008$). Также статистически значимо различались подгруппы IAR и IITR на I (3,50 и 2,56 балла; $p = 0,002$) и IV этапах наблюдения (3,50 и 2,63 балла соответственно; $p = 0,003$) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.6).

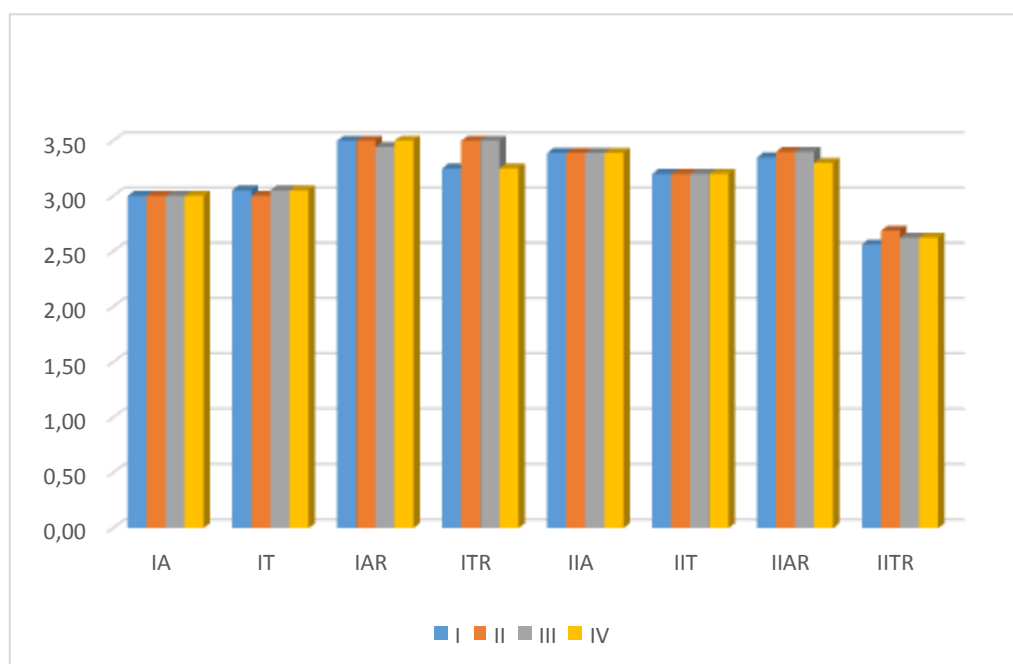


Рисунок 4.6 – Динамика показателя «Удовлетворенность питанием» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

При изучении изменчивости признака «Удовлетворенность одеждой» в группе I значения варьировали от 3,05 до 3,50 балла. При этом отмечались статистически значимые изменения в зависимости от этапа лечения в подгруппах IA и ITR (Самойлова Д.Д., 2018).

В обеих подгруппах изучаемый показатель статистически значимо снизился от 3,40 до 3,00 баллов ($s=1,1$; $R=0,4$ – малый) и от 3,25 до 3,00 баллов ($s=1,1$; $R=0,2$ – умеренный) к концу наблюдения ($p<0,05$). При этом можно отметить изначально более высокий показатель в группе IAR (3,50 балла), который, несмотря на небольшое снижение, оставался высоким на всех этапах наблюдения. В зависимости от схемы лечения в подгруппах данной группы статистически значимых различий не наблюдалось ($p>0,05$).

Изучаемый показатель в группе II варьировал от 2,44 до 3,40 балла на I этапе лечения. При этом статистически значимые различия в зависимости от схемы терапии были выявлены в подгруппах IIА (3,39 балла) и IIAR (2,60 балла) ($p=0,007$) на I этапе, а также IIА (3,39 балла) и IITR (2,44 балла) ($p=0,001$) на I и IV (3,39 и 2,56 балла, $p=0,003$) этапах наблюдения (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.7).

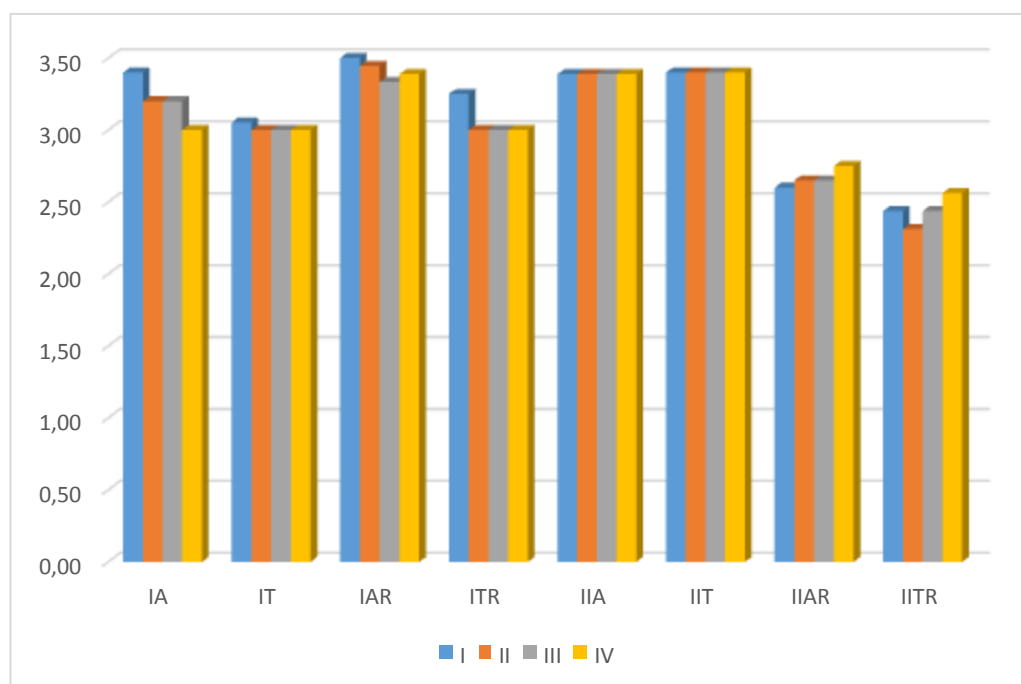


Рисунок 4.7 – Динамика показателя «Удовлетворенность одеждой» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

Также статистически значимые различия касались подгрупп IAR и IIAR на I (3,50 и 2,60 балла) ($p=0,001$) и IV (соответственно 3,39 и 2,75 балла) этапах наблюдения ($p=0,009$). Размер эффекта составил 0,2 ($s=0,9$) (умеренный). Показатели подгрупп IAR и IITR на I этапе варьировали от 3,50 до 2,44 балла ($p=0,00$), а на IV этапе – от 3,39 до 2,56 балла ($p=0,003$), различия статистически значимы.

При изучении изменчивости показателя «Физическая работоспособность» в группе I значения варьировали от 2,56 до 3,20 балла. При этом отмечалось статистически значимое увеличение параметра в зависимости от этапа лечения во всех подгруппах и в I, и во II группах: в IA от 2,56 до 2,89 балла ($s=0,8$; $R=0,4$ – умеренный), в IT – от 2,75 до 3,00 баллов ($s=0,9$; $R=0,3$ – умеренный), в IAR – от 2,76 до 3,20 балла ($s=0,9$; $R=0,5$ – средний), в ITR – от 2,65 до 3,00 баллов ($s=0,9$; $R=0,4$ – умеренный), в IIAR – от 2,45 до 2,75 балла ($s=0,8$; $R=0,4$ – умеренный), в IIT – от 2,13 до 2,44 балла ($s=0,7$; $R=0,4$ – умеренный), в IIAR – 2,00 до 2,60 балла ($s=0,7$; $R=0,8$ – сильный) и в IITR – от 2,75 до 3,00 баллов ($s=0,9$; $R=0,3$ – умеренный) к концу наблюдения ($p<0,05$). В зависимости от схемы терапии максимальные

показатели физической работоспособности были отмечены в подгруппах реабилитируемых пациентов I группы: в подгруппе ITR – 3,00 балла, в IAR – 3,20 балла (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.8).

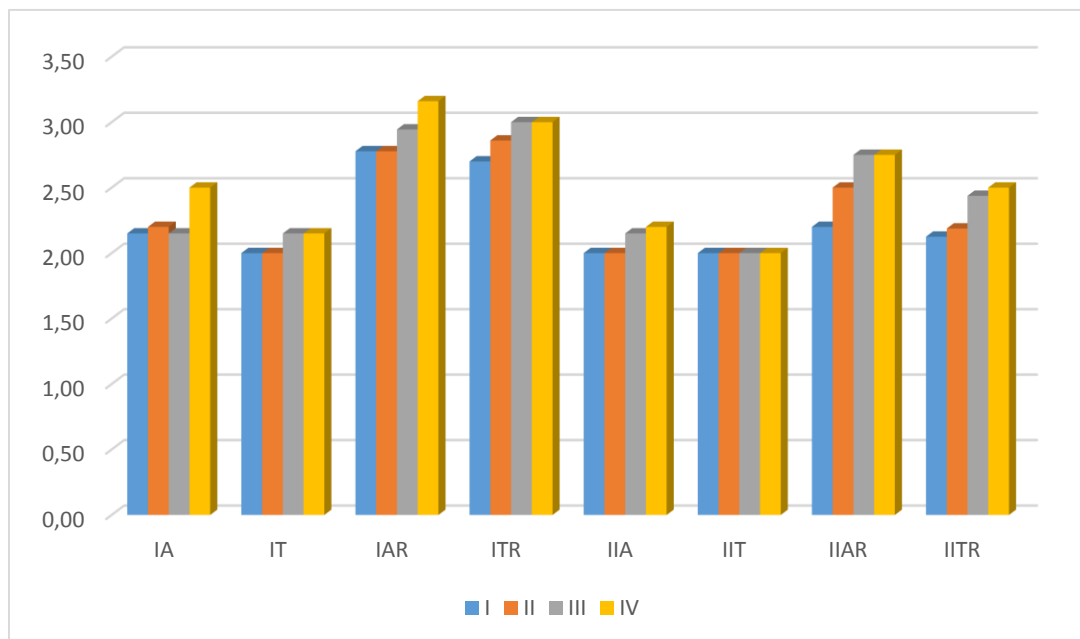


Рисунок 4.8 – Динамика показателя «Физическая работоспособность» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

Изучаемый показатель в группе II варьировал от 2,13 до 3,00 баллов. К концу лечения, на IV этапе, статистически значимое повышение ($p < 0,05$) показателя «физическая работоспособность» было отмечено в подгруппах ITR (от 2,75 до 3,00 баллов; $s=0,9$) ($p=0,02$). Величина эффекта равна 0,3 (умеренный).

Выявлены статистически значимые различия между IAR (3,20 балла) и IIR (2,60 балла) подгруппами ($p=0,00$).

При изучении изменчивости показателя социального функционирования «Интеллектуальная продуктивность» в группе I значения варьировали от 2,56 до 3,20 балла. При этом отмечалось статистически значимое увеличение показателя в зависимости от этапа лечения во всех подгруппах I и II групп: в IA от 2,56 до 2,89 балла ($s=0,8$; $R=0,4$ – умеренный), в IT – от 2,75 до 3,00 баллов ($s=0,9$; $R=0$ – отсутствует), в IAR – от 2,76 до 3,20 балла ($s=0,9$; $R=0,51$ – средний), в ITR – от 2,65 до 3,00 баллов

($s=0,9$; $R=0,4$ – умеренный), в ПА – от 2,45 до 2,75 балла ($s=0,8$; $R=0,4$ – умеренный), в ПТ – от 2,13 до 2,44 балла ($s=0,7$; $R=0,4$ – умеренный), в ПАР – от 2,00 до 2,60 балла ($s=0,7$; $R=0,8$ – значительный) и в ПТР – от 2,75 до 3,00 баллов ($s=0,9$; $R=0,3$ – умеренный) к концу наблюдения ($p<0,05$) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.9).

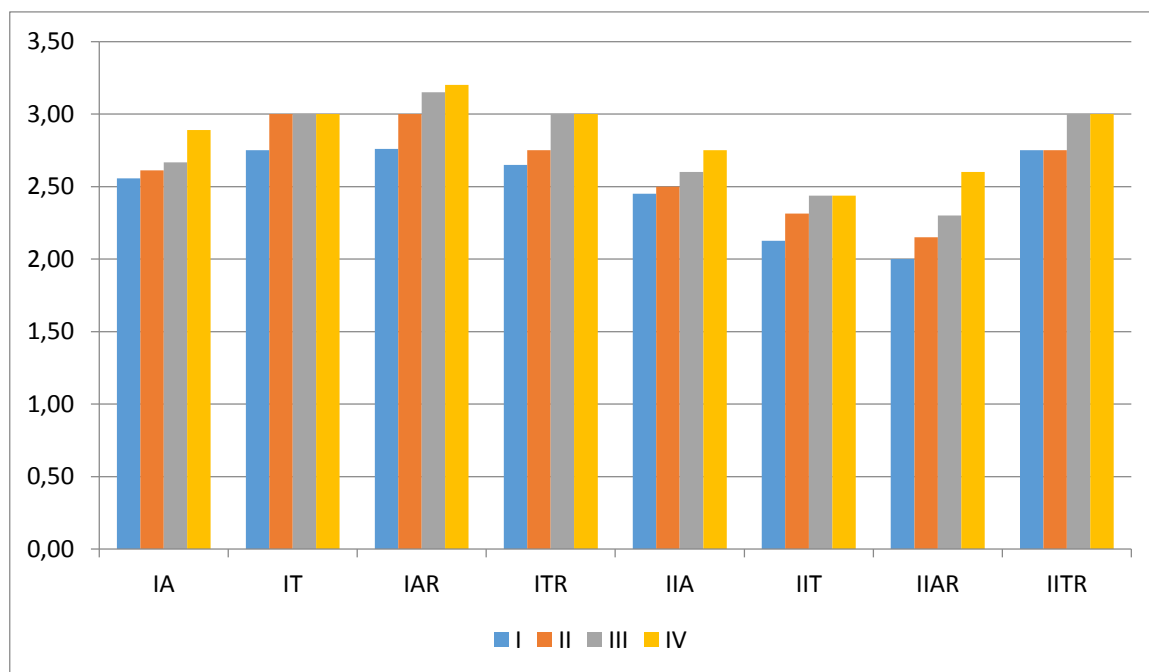


Рисунок 4.9 – Динамика показателя «Интеллектуальная продуктивность» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

В зависимости от схемы терапии статистически значимое повышение параметра отмечено на IV этапе лечения в ITR подгруппе до 3,00 баллов и особенно в IAR подгруппе до 3,20 балла ($p<0,05$). Во II группе также имеется некоторая тенденция повышения показателя при включении в лечение реабилитации, но статистически значимых различий выявить не удалось ($p>0,05$). Изучаемый показатель в группе II варьировал от 2,13 до 3,00 баллов.

При изучении изменчивости показателя социального функционирования «Контакт с окружающими» в группе I значения варьировали в среднем от 2,89 до 3,50 балла. При этом отмечалось статистически значимое увеличение показателя в зависимости от этапа лечения в следующих подгруппах: в IAR от 3,22 до 3,50 балла ($s=1,1$; $R=0,2$ –

умеренный), в ITR – от 3,18 до 3,35 балла ($s=1,1$; $R=0,1$ – малый), в IAR – от 3,05 до 3,25 балла ($s=1,0$; $R=0,2$ – умеренный) и в IR – от 2,90 до 3,05 балла ($s=1,0$; $R=0,1$ – малый) к концу наблюдения ($p<0,05$).

В зависимости от схемы терапии максимальные показатели контакта с окружающими были отмечены на IV этапе лечения в подгруппах реабилитируемых пациентов I группы: в подгруппе ITR – 3,35 балла, в IAR – 3,50 балла. Изучаемый показатель в группе II варьировал от 2,90 до 3,25 балла.

К концу лечения, на IV этапе, статистически значимое повышение ($p<0,05$) показателя «Контакт с окружающими» было отмечено в подгруппах IAR (от 3,05 до 3,25 балла; $s=1,0$) и ITR (от 2,90 до 3,05 балла; $s=1,0$) ($p<0,05$). Величина эффекта составила 0,2 (умеренный). Выявлены статистически значимые различия между IT (2,90 балла) и IAR (3,50 балла), IT (2,90 балла) и IAR (3,50 балла) подгруппами ($p<0,01$) (Таблица 4.4-4.7, Рисунок 4.10).

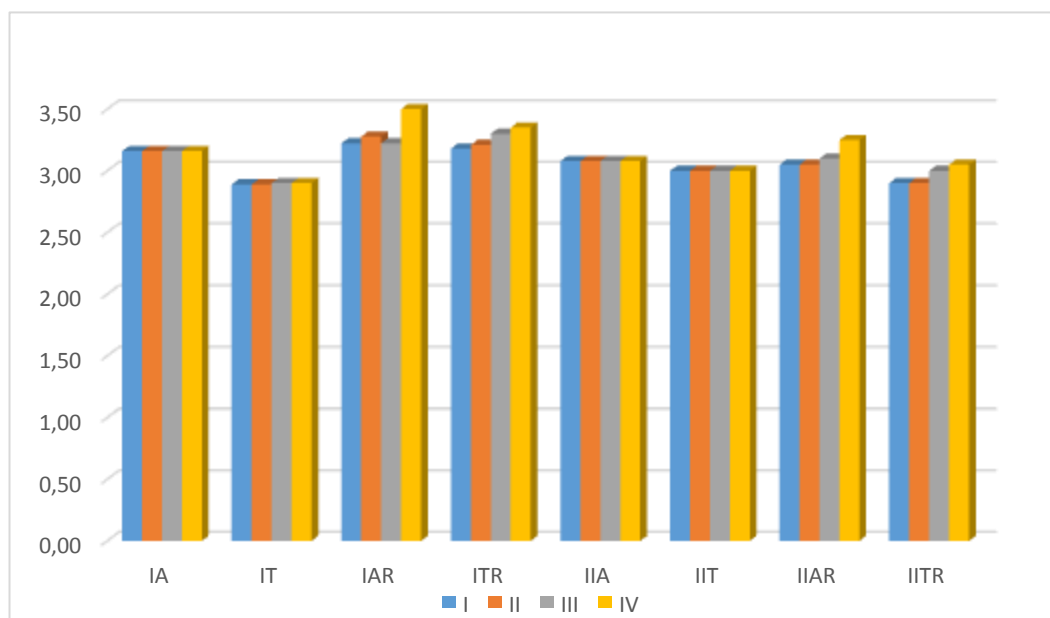


Рисунок 4.10 – Динамика показателя «Контакт с окружающими» в зависимости от этапов лечения (I-IV)

Для определения степени влияния факторов «длительность расстройства и лечения», «вид фармакотерапии», «наличие или отсутствие

реабилитации» на тяжесть психического состояния пациентов исследуемой совокупности провели сравнительный анализ полученных результатов с формированием пар групп: «типичные нейролептики – атипичные нейролептики», «без реабилитации – с реабилитацией», «более 5 лет – первый психотический эпизод».

Признак «Общее благополучие» на I этапе лечения у пациентов, получающих типичные нейролептики составляет 2,55 балла, что значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (2,97 балла) («правильный порядок»), также статистически значимо отличаются соответствующие показатели на IV этапе лечения (2,78 и 3,18 балла) («правильный порядок») ($p < 0,05$). В зависимости от этапа лечения признак растет независимо от вида применения нейролептика до 2,78 балла ($p = 0,04$) при приеме типичных нейролептиков и до 3,18 балла ($p = 0,03$) при приеме атипичных препаратов («правильный порядок») (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Влияние вида фармакотерапии на показатели качества жизни и социального функционирования в зависимости от этапов терапии (GMe)

Признак	Т/А	I этап		IV этап		p
Общее благополучие	Т	↓ 2,55*	→	2,78*	↓	0,04
	А	↓ 2,97*	→	3,18*	↓	0,03
Удовлетворенность здоровьем	Т	↓ 2,68*	←	2,85*	↓	0,006
	А	↓ 2,95*	→	3,19*	↓	0,001
Трудоспособность	Т	↑ 2,38*	→	2,19*	↑	0,02
	А	↑ 1,78*	→	1,98*	↑	0,06
Удовлетворенность материальным положением	Т	↓ 2,33*	→	2,43*	↓	0,04
	А	↓ 2,77*	→	2,78*	↓	0,09
Удовлетворенность жилищными условиями	Т	↓ 3,03*		3,03*	↓	0,7
	А	↓ 3,26*	←	3,24*	↓	0,08
Удовлетворенность питанием	Т	↓ 2,94*	→	2,97*	↓	0,05
	А	↓ 3,43*		3,43*	↓	0,6
Удовлетворенность одеждой	Т	↓ 2,89*	←	2,87*	↓	0,06
	А	↓ 3,28*	←	3,24*	↓	0,07
Физическая работоспособность	Т	↓ 2,61*	→	2,76*	↓	0,02
	А	↓ 2,73*	→	2,98*		0,004
Интеллектуальная продуктивность	Т	↑ 2,80	→	2,81*	↓	0,06
	А	↑ 2,74	→	3,04*	↓	0,002
Контакт с окружающими	Т	↓ 2,94*		2,94*	↓	0,07
	А	↓ 3,20*	→	3,26*	↓	0,05

Примечание: * – различия параметров в зависимости от применяемого нейролептика в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками указано направление изменения параметра «порядок»; Т – типичные нейролептики; А – атипичные нейролептики.

Подобным образом изменения параметров при изучении признака «Удовлетворенность здоровьем» свидетельствуют о значительном положительном эффекте при лечении атипичными нейролептиками и длительности терапии. Так, при применении атипичных нейролептиков показатель составляет 2,95 балла, что указывает на более благотворное влияние атипичных нейролептиков по сравнению с типичными (2,68 балла) на I этапе, на IV этапе терапии данные показатели соответственно составляют 3,19 и 2,85 балла ($p < 0,05$). Из таблицы видно, что параметры увеличиваются в зависимости от длительности применения препаратов ($p = 0,001$, $p = 0,006$). «Правильный порядок» изменения переменных указывает на «наиболее впечатляющий» вариант влияния.

Величина признака «Трудоспособность», в отличие от предыдущих показателей, имеет «неправильный порядок». Выявлены статистически значимые различия влияния нейролептиков и длительности лечения, но при действии атипичных нейролептиков GMe имеет меньшие значения (1,78 балла) по сравнению с действием типичных (2,38 балла), а также величина параметра уменьшается на IV этапе терапии при применении типичных нейролептиков до 2,19 балла ($p = 0,02$). При применении атипичных нейролептиков на IV этапе параметр, хотя и увеличивается до 1,98 балла, но различия не достигают порога вероятности ($p = 0,06$).

Показатель «Удовлетворенность материальным положением» на I этапе лечения у пациентов, получающих типичные нейролептики, составляет 2,33 балла, что статистически значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (2,77 балла) («правильный порядок»). Также статистически значимо отличаются соответствующие показатели на IV этапе лечения (2,43 и 2,78 балла) («правильный порядок») ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

В зависимости от этапа лечения и от вида применяемого нейролептика признак изменяется по-разному. Так, при приеме типичных нейролептиков он увеличился до 2,43 балла ($p = 0,04$) («правильный порядок»), при приеме

атипичных нейролептиков также произошло увеличение данного параметра до 2,78 балла, но различия не достигают статистически значимой величины ($p=0,06$).

При оценке показателя «Удовлетворенность жилищными условиями» отмечены выраженные статистически значимые различия в зависимости от применяемого препарата на I и IV этапах. Так, изучаемый признак на I этапе лечения у пациентов, получающих типичные нейролептики, составляет 3,03 балла, что статистически значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (3,26 балла) («правильный порядок»). Также статистически значимо отличаются соответствующие показатели на IV этапе лечения (3,03 и 3,24 балла) ($p<0,05$). Данные различия свидетельствует о «правильном порядке». На разных этапах лечения статистически значимых различий в зависимости от проводимой терапии не отмечалось ($p>0,05$), что свидетельствует о нейтральном варианте изменения переменных.

Подобное изменение характерно и для показателя «Удовлетворенность питанием». На обоих этапах наблюдения отмечается «правильный порядок» изменения переменных в зависимости от применяемых препаратов.

При лечении типичными антипсихотиками параметр составил 2,94 балла, при лечении атипичными – 3,43 балла на I этапе и 2,97 и 3,43 балла соответственно на IV этапе ($p<0,05$). На I и IV этапах терапии при «правильном порядке» внутри групп не отмечалось статистически значимых различий ($p>0,05$), что также свидетельствует о нейтральном характере изменения признака.

Изменение переменных при оценке показателя «Удовлетворенность одеждой» было аналогичным. Внутри групп на обоих этапах наблюдения отмечался «правильный порядок» (2,89 балла при лечении типичными и 3,28 балла при лечении атипичными на I этапе; 2,87 балла при лечении типичными и 3,24 балла при лечении атипичными на IV этапе) ($p<0,05$),

тогда как в зависимости от этапов терапии характер изменения переменных оставался нейтральным ($p > 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Параметр «Физическая работоспособность» в начале наблюдения у пациентов, получающих типичные нейролептики составляет 2,61 балла, что меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные (2,73 балла) («правильный порядок») (Самойлова Д.Д., 2018).

В конце наблюдения данные параметры также отличаются (2,76 и 2,98 балла) («правильный порядок») ($p < 0,05$), различия статистически значимы. В зависимости от этапа лечения признак растет независимо от вида применения нейролептика до 2,76 балла ($p = 0,02$) при приеме традиционных и до 2,98 балла ($p = 0,004$) при приеме атипичных («правильный порядок»). «Правильный порядок» изменения переменных при статистически значимом увеличении указывает на «наиболее впечатляющий» вариант влияния (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Влияние реабилитации на показатели качества жизни и социального функционирования в зависимости от этапа наблюдения (GMe)

Признак	NR/R	I этап	IV этап	p
Общее благополучие	NR	↑ 3,00*	← 2,94* ↓	0,06
	R	↑ 2,56*	→ 3,04*	0,002
Удовлетворенность здоровьем	NR	↑ 3,06*	← 3,03 ↓	0,06
	R	↑ 2,67*	→ 3,05	0,003
Трудоспособность	NR	↓ 1,60*	← 1,60* ↓	0,7
	R	↓ 2,93*	← 2,84* ↓	0,06
Удовлетворенность материальным положением	NR	↑ 2,97*	← 2,97* ↑	0,5
	R	↑ 2,21*	→ 2,35*	0,04
Удовлетворенность жилищными условиями	NR	↓ 2,93*	← 2,93* ↓	0,8
	R	↓ 3,35*	← 3,32* ↓	0,06
Удовлетворенность питанием	NR	↓ 3,23	← 3,23 ↓	0,9
	R	↓ 3,25 →	← 3,26	0,4
Удовлетворенность одеждой	NR	↑ 3,29*	← 3,22* ↑	0,06
	R	↑ 2,95*	← 2,95* ↑	0,6
Физическая работоспособность	NR	↑ 3,00*	← 2,97* ↑	0,06
	R	↑ 2,38*	→ 2,81*	0,04
Интеллектуальная продуктивность	NR	↑ 3,18*	← 3,11* ↑	0,09
	R	↑ 2,36*	→ 2,80*	0,04
Контакт с окружающими	NR	↑ 3,18*	← 3,13 ↓	0,06
	R	↑ 3,02*	→ 3,14 ↓	0,04

Примечание: * – различия параметров в зависимости от проводимой реабилитации в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками указано направление изменения параметра «порядок»; R – реабилитируемые пациенты; NR – нереабилитируемые пациенты.

Величина признака «Интеллектуальная продуктивность», в отличие от предыдущих показателей, имеет «неправильный порядок» в группах на I этапе наблюдения. Так, при лечении типичными антипсихотиками балл составил 2,80, что несколько выше, чем при лечении атипичными (2,74 балла), но различия статистически незначимы ($p=0,2$). На IV этапе наблюдения отмечается «правильный порядок» внутри групп. У пациентов, получающих типичные нейролептики, параметр «Интеллектуальная продуктивность» составляет 2,81 балла, что меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные антипсихотики (3,04 балла) ($p=0,002$), различия статистически значимы. При применении типичного нейролептика на IV этапе параметр, хотя и увеличивается до 2,81 балла, но различия не достигают порога вероятности ($p=0,06$). Тогда как при терапии атипичным нейролептиком балл статистически значимо растет до 3,04 ($p=0,002$).

Для изменения переменных внутри групп при оценке показателя «Контакт с окружающими» был характерен «правильный порядок» на обоих этапах наблюдения. При лечении типичными антипсихотиками на I этапе балл составил 2,94, что статистически значимо ниже, чем при лечении атипичными (3,20 балла) ($p=0,003$).

Аналогично на IV этапе при лечении типичными нейролептиками балл составил 2,94 и при лечении атипичными 3,36 ($p=0,003$). При этом в зависимости от этапов терапии характер изменения переменных оставался нейтральным ($p>0,05$)

При анализе влияния реабилитации на показатели КЖ и СФ величина признака «Общее благополучие» имеет «неправильный порядок» в группах в начале наблюдения. В группе реабилитируемых пациентов балл составил 2,56, что статистически значимо ниже по сравнению с пациентами, не получающими реабилитационные программы (3,00 балла, $p=0,02$) (Самойлова Д.Д., 2018).

На IV этапе лечения при «правильном порядке» параметр статистически значимо увеличивается от 2,94 до 3,04 балла ($p=0,04$).

При наличии реабилитации GMe увеличивается от 2,56 балла на I этапе до 3,04 балла ($p=0,002$) на IV этапе наблюдения («правильный порядок») по сравнению с отсутствием реабилитационных мероприятий, где показатель уменьшается от 3,00 до 2,94 балла, но различия не достигают порога вероятности ($p=0,06$) («неправильный порядок»).

Изменение показателя «Удовлетворенность здоровьем» также характеризуется «неправильным порядком» изменения переменных внутри изучаемых групп на I этапе наблюдения. Так, при наличии реабилитации балл составил 2,67, что статистически значимо ниже, чем при ее отсутствии (3,06 балла) ($p=0,03$). На IV этапе наблюдения показатели мало изменились и составили: 3,03 балла у пациентов без реабилитации и 3,05 балла у пациентов с реабилитацией ($p>0,05$), различия статистически значимы («правильный порядок»). При этом при проведении реабилитационных мероприятий исследуемый показатель значимо увеличивался на IV этапе наблюдения до 3,05 балла по сравнению с началом наблюдения (2,67 балла) ($p=0,003$).

Для показателя «Трудоспособность» на обоих этапах наблюдения внутри групп был характерен «правильный порядок». На I этапе при наличии реабилитации балл составил 2,93, что выше, чем при ее отсутствии (1,60 балла) ($p=0,003$), различия статистически значимы. На IV этапе баллы внутри группы составляли 2,84 и 1,60 соответственно, различия статистически значимы ($p=0,004$). В зависимости от этапов, значимых изменений величин не отмечалось, что свидетельствует о нейтральном характере изменения переменных ($p>0,05$).

Для показателя «Удовлетворенность материальным положением» был характерен «неправильный порядок». На I и IV этапах наблюдения значения были выше у нереабилитированных пациентов (2,97 и 2,21 балла на I этапе; 2,97 и 2,35 балла на IV этапе) ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

На протяжении всего периода наблюдения в зависимости от этапа оценка увеличилась с 2,21 балла до 2,35 балла в группе пациентов,

включенных в программу реабилитации ($p=0,04$), различия статистически значимы.

По признакам «Удовлетворенность жилищными условиями» и «Работоспособность», на I и IV этапах наблюдения был отмечен «правильный порядок» изменения значений. На I этапе оценка при наличии реабилитации составила 3,35, что выше, чем при отсутствии реабилитации (2,93 балла), различия статистически значимы ($p=0,002$). На этапе IV баллы составили 3,32 и 2,93 соответственно ($p=0,002$), различия также статистически значимы. Значимого изменения значения в зависимости от стадии наблюдения не наблюдалось, что свидетельствует о нейтральности воздействия реабилитационных мероприятий ($p>0,05$).

Анализ показателя «Удовлетворенность питанием» показал «правильный порядок» распределения переменных. Однако достоверной разницы показателей в зависимости от стадии наблюдения не было ($p>0,05$). Показатель «Удовлетворенность одеждой» характеризовался «неправильным порядком» изменения признаков. Таким образом, на обоих этапах наблюдения значения были статистически значимо выше в группе нереабилитированных пациентов по сравнению с получившими реабилитацию (3,29 и 2,95 балла на I этапе, 3,22 и 2,95 балла на IV этапе ($p<0,05$)). При этом достоверного увеличения балла параметра в зависимости от стадии наблюдения не произошло ($p>0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Изменился и показатель «Физическая работоспособность». Его также характеризовал «неправильный порядок» на обоих этапах наблюдения. Значения были достоверно выше в группе пациентов, не прошедших реабилитацию на I и IV этапах (3,00 и 2,97 балла), в группе с реабилитацией такие же значения составили 2,38 и 2,81 балла ($p<0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

В зависимости от этапа наблюдения изучаемые показатели в группе реабилитированных пациентов статистически значимо увеличились с 2,38 балла на I этапе лечения до 2,81 балла на IV этапе ($p=0,04$).

Аналогичные изменения были характерны для показателя «Интеллектуальной продуктивности». Внутри группы порядок был «неправильным» на обоих этапах наблюдения. Пациенты, не прошедшие реабилитацию, имели более высокие показатели (3,18 балла за I этап, 3,11 балла за этап IV) по сравнению с пациентами, прошедшими реабилитацию (2,36 балла на I этапе, 2,80 балла на IV этапе) ($p < 0,05$). В группе реабилитированных пациентов наблюдалось статистически значимое увеличение на IV этапе наблюдения с 2,36 до 2,80 баллов ($p = 0,04$) по сравнению с I. Параметр изменился с 3,11 до 3,18 балла ($p > 0,05$).

При изучении параметра «Контакт с окружающими» в группе нереабilitированных пациентов составила 3,18, что было статистически значимо выше, чем в группе реабилитированных пациентов (3,02 балла) ($p = 0,04$). В группе реабилитированных пациентов показатели, изучаемые на IV этапе наблюдения, статистически значимо увеличились с 3,02 до 3,14 балла («правильный порядок») по сравнению с I ($p = 0,04$).

При анализе влияния длительности расстройства (ППЭ или продолжительность более пяти лет) на показатели качества жизни и социального функционирования в зависимости от этапа наблюдения статистически значимое изменение величины признака «Общее благополучие» в пределах этапа отмечалось лишь на IV этапе наблюдения. Значение GMe в группе пациентов с длительностью расстройства более 5 лет составляла 3,10 балла, что значительно выше, чем данное значение в группе ППЭ (2,87 балла), разница была статистически значимой ($p = 0,002$) («неправильный порядок»). При этом наблюдалось достоверное увеличение изучаемых показателей в зависимости от этапа наблюдения в обеих группах (Самойлова Д.Д., 2018).

В группе длительно болеющих пациентов повышение балла составило от 2,78 до 3,10, а в группе ППЭ – от 2,74 до 2,87 («правильный порядок»), различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Признак «Удовлетворенность здоровьем» на I этапе лечения у пациентов с длительностью расстройства более пяти лет составляет 2,95 балла, что статистически значимо выше по сравнению с пациентами с ППЭ (2,69 балла) («неправильный порядок») (Самойлова Д.Д., 2018)

Также статистически значимо отличаются соответствующие показатели на IV этапе лечения (3,17 и 2,88 балла соответственно) («неправильный порядок») ($p < 0,05$). В зависимости от этапа лечения признак статистически значимо увеличивался, независимо от продолжительности заболевания с 2,95 до 3,17 балла ($p = 0,02$) при длительном расстройстве и от 2,69 до 2,88 балла ($p = 0,03$) при ППЭ («правильный порядок») (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Влияние длительности расстройства на показатели качества жизни и социального функционирования в зависимости от этапа наблюдения (GMe)

Признак	>5лет/ППЭ	I этап	IV этап	p
Общее благополучие	>5 лет	2,78 →	3,10* ↑	0,01
	ППЭ	↑ 2,74 →	2,87* ↑	0,03
Удовлетворенность здоровьем	>5 лет	↑ 2,95* →	3,17* ↑	0,02
	ППЭ	↑ 2,69* →	2,88* ↑	0,03
Трудоспособность	>5 лет	↑ 3,03* →	3,15* ↑	0,04
	ППЭ	↑ 1,61* →	1,63* ↑	0,05
Удовлетворенность материальным положением	>5 лет	↑ 2,63* →	2,69* ↑	0,05
	ППЭ	↑ 2,44* →	2,50* ↑	0,05
Удовлетворенность жилищными условиями	>5 лет	↓ 3,02* →	3,06* ↓	0,05
	ППЭ	↓ 3,32* ←	3,25* ↓	0,06
Удовлетворенность питанием	>5 лет	↓ 3,21 →	3,22 ↓	0,05
	ППЭ	3,27	3,27	0,8
Удовлетворенность одеждой	>5 лет	↓ 2,90* →	2,98* ↓	0,05
	ППЭ	↓ 3,33* ←	3,20* ↓	0,05
Физическая работоспособность	>5 лет	↓ 2,55* →	2,87* ↓	0,03
	ППЭ	↓ 2,84* →	2,94* ↓	0,04
Интеллектуальная продуктивность	>5 лет	↓ 2,57* →	2,90* ↓	0,02
	ППЭ	↓ 3,06* ←	3,00* ↓	0,05
Контакт с окружающими	>5 лет	↓ 3,02* →	3,13 ↓	0,04
	ППЭ	↓ 3,18* ←	3,15 ↓	0,05

Примечание: * – различия параметров в зависимости от продолжительности расстройства в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; ППЭ – первичные пациенты; >5 лет – пациенты с длительностью расстройства более 5 лет.

Для показателя «Трудоспособность» также был характерен «неправильный порядок» изменения переменных внутри обоих этапов, что может свидетельствовать о прогрессировании расстройства. В группе длительно болеющих пациентов на I этапе GMe составила 3,03 балла, это

статистически значимо выше, чем в группе первичных больных (1,61 балла) ($p=0,001$), подобная картина наблюдалась и на IV этапе (3,15 и 1,63 балла соответственно) ($p=0,001$).

Аналогичная динамика в виде «неправильного порядка» наблюдалась при изменении параметра «Удовлетворенность материальным положением». На первом этапе наблюдения в группе длительно болеющих пациентов показатель составил 2,63 балла, что статистически значимо выше, чем в группе первичных больных (2,44 балла) ($p=0,02$); на IV этапе лечения параметр составил 2,69 балла и 2,50 балла соответственно ($p=0,02$). Статистически значимых изменений не наблюдалось ни в одной группе в зависимости от этапа наблюдения ($p>0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Статистически значимых изменений показателей на отдельных этапах наблюдения не выявлено ($p>0,05$), что демонстрирует нейтральный характер продолжительности болезни лечения (Самойлова Д.Д., 2018).

В отличие от предыдущих показателей, изменение индикатора «Удовлетворенность жилищными условиями» характеризовалось «правильным порядком» на каждом этапе. Значения в группах пациентов с ППЭ на обоих этапах были достоверно выше, чем в группе длительно болеющих пациентов (3,32 и 3,02 балла на I этапе лечения; 3,25 и 3,06 балла на IV этапе соответственно) ($p < 0,05$). Однако статистически значимой разницы в зависимости от этапа наблюдения не было ($p>0,05$) («нейтральный» характер эффекта от длительности лечения) (Самойлова Д.Д., 2018).

При анализе показателя «Удовлетворенность питанием» фиксируется «правильный порядок» изменения переменных. Однако статистически значимой разницы в зависимости от длительности расстройства или этапа наблюдения внутри группы не было ($p>0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Показатель «Удовлетворенность одеждой» для группы длительно болеющих пациентов на I этапе составил 2,90 балла, что статистически значимо ниже, чем в группе первичных пациентов (3,33 балла) ($p=0,03$)

(«правильный порядок»). На IV стадии в группе пациентов с продолжительностью болезни более 5 лет GMe составил 2,98 балла, что значительно ниже, чем в группе ППЭ (3,20 балла), разница была статистически значимой ($p=0,03$) («правильный порядок»). Достоверных различий показателя в зависимости от этапа наблюдения не было ($p>0,05$), что определяет «нейтральный» характер действия фактора «длительность лечения».

«Правильный порядок» характеризовался изменением показателя «Физическая работоспособность» как в группах в пределах этапа, так и между этапами. В группе первичных пациентов значения параметра были статистически значимо выше (2,55 балла и 2,87 балла) по сравнению с длительным заболеванием (2,84 балла на I этапе и 2,94 балла IV этапе соответственно) ($p<0,05$) (Самойлова Д.Д. 2018).

Показатель «Интеллектуальная продуктивность» характеризовался «правильным порядком» изменения значений внутри групп. На обоих этапах наблюдения значения были статистически значимо выше в группе первичных пациентов по сравнению с длительно болеющими пациентами (3,06 и 2,57 балла на I этапе; 3,00 и 2,90 балла на IV этапе) ($p<0,05$). При этом «правильный порядок» в зависимости от этапа наблюдения выявлен только в группе пациентов продолжительностью расстройства более 5 лет (показатель увеличился с 2,57 до 2,90 балла), причем разница была статистически значима ($p=0,02$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Изменился и индикатор «Контакт с окружающими», при этом GMe у первичных пациентов был выше на обоих этапах наблюдения, чем у длительно болеющих (3,18 и 3,02 балла на I этапе, 3,15 и 3,13 на IV этапе наблюдения), разница статистически значима ($p<0,05$) («правильный порядок»). В то же время статистически значимое увеличение признаков в зависимости от этапа наблюдалось только в группе пациентов с длительным заболеванием (от 3,02 до 3,13 балла) ($p=0,04$) («правильный порядок») (Самойлова Д., 2018).

После оценки состояния пациентов в исследуемых группах на этапах лечения по каждому признаку шкалы КЖ и СФ был получен средний балл по всем признакам.

Средний балл признаков соответственно составил в исследуемых группах на I и IV этапах лечения: IT – 2,7 и 2,8; ITR – 2,8 и 2,9; IA – 2,6 и 2,6; IAR – 3,1 и 3,3; ITT – 2,7 и 2,9; ITRR – 2,5 и 2,8; IA – 2,9 и 3,0; IARR – 2,9 и 3,0 балла (Таблица 4.11).

Таблица 4.11 – Оценка психического состояния пациентов по шкале КЖ и СФ исследуемых групп и по шкале комплексной оценки результатов лечения (баллы)

Признак	Группа (I и IV этапы)															
	IT		ITR		IA		IAR		ITT		ITRR		IA		IARR	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Общее благополучие	2,8	2,7	2,4	2,9	2,4	2,4	2,8	3,1	2,2	2,7	3,2	3,2	3,3	3,3	2,7	3,2
Удовлетворенность здоровьем	2,7	2,7	2,4	2,8	2,6	2,4	2,8	3,2	2,6	2,9	3,6	3,6	3,2	3,2	2,8	3,1
Трудоспособность	1,6	1,6	2,0	2,5	1,7	1,7	3,5	3,6	1,8	2,2	1,6	2,0	2,0	2,0	2,8	2,9
Удовлетворенность мат. положением	2,5	2,5	2,3	2,3	1,9	2,1	2,6	2,6	2,0	2,2	3,2	3,2	3,2	3,2	2,3	2,3
Удовлетворенность жил. условиями	2,8	2,9	3,9	3,3	3,0	2,8	3,5	3,5	3,1	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,8	3,0
Удовлетворенность питанием	3,1	3,1	3,1	3,2	3,0	3,0	3,4	3,4	2,6	2,7	3,2	3,2	3,3	3,3	3,4	3,3
Удовлетворенность одеждой	3,0	3,1	3,2	2,8	3,3	3,0	3,4	3,4	2,4	2,6	3,3	3,3	3,3	3,3	2,6	2,8
Физическая работоспособность	2,8	2,9	2,7	3,1	2,6	2,9	2,8	3,2	2,8	3,0	2,2	2,5	2,5	2,8	2,0	2,6
Интеллектуальная продуктивность	2,8	3,0	2,6	2,9	2,6	2,9	2,8	3,2	2,8	3,0	2,2	2,4	2,5	2,8	2,0	2,6
Контакт с окружающими	2,9	3,0	3,4	3,4	3,2	3,1	3,0	3,4	2,9	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,4	3,3
Итого по всем признакам шкалы КЖ и СФ	2,7	2,8	2,8	2,9	2,6	2,6	3,1	3,3	2,5	2,8	2,9	3,0	2,9	3,0	2,7	2,9
Результат лечения по шкале комплексной оценки	2,3	2,3	2,0	2,4	2,2	2,2	2,6	2,7	1,9	2,0	2,4	2,5	2,5	2,6	2,2	2,4

Для каждого пациента исследуемых групп проведена оценка результата лечения на разных этапах терапии («неудовлетворительный» – 1 балл; «удовлетворительный» – 2 балла; «хороший» – 3 балла) и проведен сравнительный анализ психического состояния пациентов в каждой группе с результатом лечения по собственно разработанной шкале.

По шкале комплексной оценки результатов лечения (ШКОРЛ) в исследуемых группах на разных этапах лечения (I и IV) 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; IIAAR – 2,2 и 2,4 балла соответственно (Рисунок 4.11).

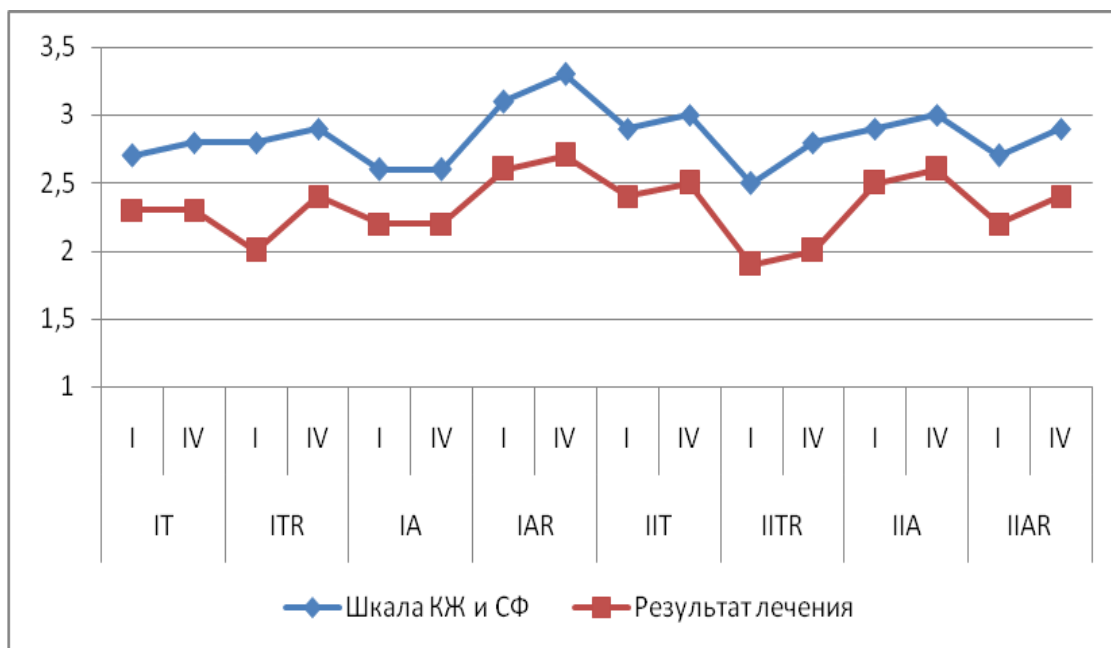


Рисунок 4.11 – Соразмерность оценки состояния пациентов исследуемых групп на I и IV этапах терапии по шкале КЖ и СФ со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

Корреляционный анализ, проведенный непараметрическим методом с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена, показал наличие прямой сильной и тесной связи между количественными показателями состояния пациентов по каждому признаку шкалы оценки КЖ и СФ с баллами по шкале комплексной оценки результатов лечения в анализируемых группах на I и IV этапах наблюдения (Таблица 4.12).

В ходе исследования выявлены сильные и тесные положительные корреляции состояния пациентов в исследуемых группах с результатами шкалы комплексной оценки результатов лечения, которые подтверждают объективную оценку психического состояния пациентов по шкале КЖ и СФ в динамике.

Таблица 4.12 – Матрица корреляций оценки психического состояния пациентов по шкале КЖ и СФ с результатами по шкале комплексной оценки результата лечения в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения (r – коэффициент Спирмена (амплитуда))

Группа	I этап	IV этап
IT	0,75-0,82	0,78-0,80
ITR	0,82-0,86	0,80-0,85
IA	0,75-0,78	0,76-0,77
IAR	0,85-0,86	0,77-0,82
IT	0,85-0,86	0,80-0,87
ITR	0,76-0,81	0,79-0,80
IIA	0,76-0,86	0,85-0,86
IIR	0,75-0,78	0,85-0,86

Таким образом, установлены вектор и степень значимости изменения изучаемых показателей качества жизни и социального функционирования в зависимости от психофармакотерапии, продолжительности расстройства и лечения, а также наличия проводимых реабилитационных программ (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017; Самойлова Д.Д., 2018).

При анализе влияния вида фармакотерапии на показатели КЖ и СФ в пределах обоих 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. Показатель «Трудоспособность», напротив, был выше у пациентов, получающих лечение типичными нейролептиками, на обоих этапах лечения. В зависимости от этапа терапии при приеме атипичных нейролептиков максимальные («наиболее впечатляющие») изменения параметров были отмечены при оценке признаков «Общее благополучие», «Удовлетворенность здоровьем», «Физическая работоспособность» и «Интеллектуальная продуктивность».

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» и «Удовлетворенность жилищными условиями», показатель «Общее благополучие» также имел высокие

значения в данной группе пациентов, но лишь на IV этапе лечения. В зависимости от этапа терапии показатели «Общее благополучие», «Удовлетворенность здоровьем», «Удовлетворенность материальным положением», «Физическая работоспособность», «Интеллектуальная продуктивность» и «Контакт с окружающими» в группе реабилитируемых пациентов увеличивались наиболее значимо (Самойлова Д.Д., 2018).

В зависимости от длительности расстройства за весь период лечения в группе первичных пациентов по сравнению с длительно болеющими наиболее значимыми («впечатляющими») были показатели «Удовлетворенность жилищными условиями», «Удовлетворенность одеждой», «Физическая работоспособность», «Интеллектуальная продуктивность» и «Контакт с окружающими». В зависимости от этапа наблюдения в группе пациентов с ППЭ показатели «Общее благополучие», «Удовлетворенность здоровьем» и «Физическая работоспособность» были выше к концу наблюдения (на IV этапе наблюдения) (Самойлова Д.Д., 2018).

Таким образом, наилучший результат лечения в виде улучшения субъективных социальных индикаторов, определяемых по опроснику КЖ и СФ, продемонстрировали пациенты с первым психотическим эпизодом, получающие комплексную терапию атипичными нейролептиками с наличием психосоциальной реабилитации, на IV этапе наблюдения (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Показатели по шкале комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) могут ранжироваться от 1 до 3 баллов. Состояние пациента, оцениваемое в 1-2 балла, расценивается как «неудовлетворительное». Такой показатель тяжести психического состояния пациентов был отмечен лишь в ПТ группе (2,0 балла) в единичных случаях. Состояние, оцениваемое в 2,1-2,5 балла, расценивалось как «удовлетворительное». Такие показатели были отмечены в ПТР (2,5), ИТР и ПАР (2,4), ИТ (2,3), ИТ (2,3) и ИА (2,2 балла) группах. Психическое состояние пациентов с шизофренией, оцениваемое в 2,6-3,0

балла, расценивалось как «хорошее». Такие показатели отмечены в ПА (2,6) и IAR (2,7 балла) группах.

Таким образом, на улучшение социальных показателей наиболее значимое влияние оказывает вид нейролептика. В группах пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с психосоциальной реабилитацией, полученные результаты исследований выше, что свидетельствует о долгосрочном положительном влиянии атипичных нейролептиков на результат лечения больных параноидной шизофренией (Самойлова Д.Д., 2018).

4.2. Динамика показателей оценки психического состояния у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

Обратимся к анализу динамики изменения показателей психического состояния пациентов исследуемых групп в зависимости от схемы терапии. Психическое состояние пациентов с параноидной шизофренией оценивается шкалой PANSS (Самойлова Д.Д., 2018).

Шкала включает три группы симптомов: P – продуктивные (7 признаков), N – негативные (7 признаков), G – общие симптомы (16 признаков), которые снижаются при оптимально подобранной терапии и реабилитационных мероприятиях.

На I этапе лечения в группе первичных пациентов, получающих типичные нейролептики без реабилитации, показатели продуктивных симптомов в сумме составили 20,00 баллов (Me), с реабилитацией сумма баллов снизилась до 17,50, различия статистически значимы ($p=0,02$) ($s=3,63$; «правильный порядок»; $R=0,7$ – эффект средний) (Таблица 4.13, Рисунок 4.12).

Продуктивная симптоматика при назначении атипичных нейролептиков составила в сумме 23,50 балла, при добавлении реабилитации

статистически значимо снизилась до 21,00 балла ($p=0,03$) ($s=4,95$; «правильный порядок»; $R=0,51$ – эффект средний).

Таблица 4.13 – Показатели клинических симптомов по шкале PANSS I группы на I этапе обследования (наблюдения, лечения) в зависимости от проводимой терапии

Группа	Параметр	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ - 95	ДИ +95	25%	75%	Cv%
IT	PI	14,00	27,00	20,58	0,83	3,63	20,00	18,83	22,33	18,00	23,00	17,62
	NI	16,00	29,00	23,84	0,69	2,99	25,00	22,40	25,28	22,00	26,00	12,53
	GI	30,00	69,00	53,88	1,44	8,12	54,00	50,95	56,80	51,50	58,00	15,07
ITR	PI	15,00	25,00	19,25	1,46	4,13	17,50	15,80	22,70	16,00	23,50	21,46
	NI	16,00	29,00	21,30	1,38	4,37	20,50	18,17	24,43	18,00	23,00	20,53
	GI	32,00	56,00	45,20	1,49	8,17	46,00	43,15	49,25	45,00	51,00	17,69
IA	PI	12,00	27,00	21,30	1,56	4,95	23,50	17,76	24,84	17,00	25,00	23,22
	NI	12,00	24,00	18,42	1,16	4,03	19,50	15,85	20,98	14,50	21,50	21,90
	GI	22,00	62,00	50,05	1,60	10,13	51,00	46,81	53,29	44,00	57,50	20,24
IAR	PI	14,00	25,00	20,33	0,87	3,68	21,00	18,50	22,16	18,00	23,00	18,09
	NI	8,00	24,00	17,21	1,17	5,12	18,00	14,74	19,68	12,00	21,00	29,73
	GI	29,00	58,00	42,89	1,51	9,06	41,00	39,82	45,95	36,00	51,00	21,12

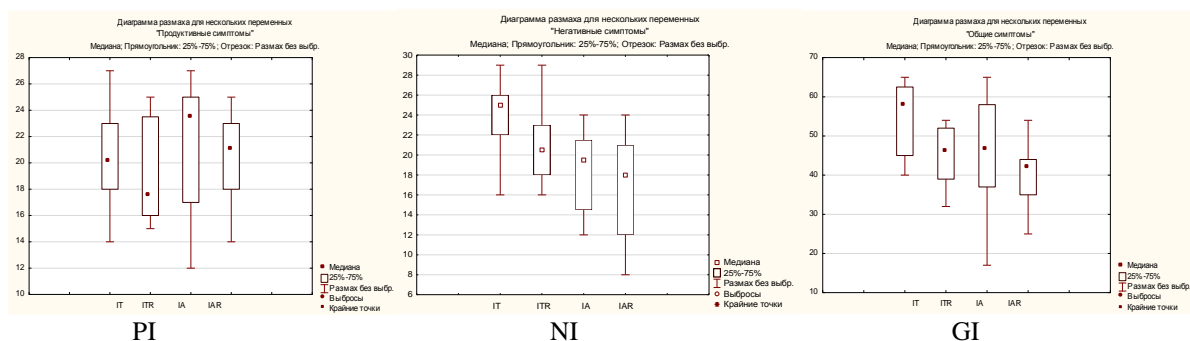


Рисунок 4.12 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов по шкале PANSS пациентов I группы на I этапе лечения: продуктивные (PI), негативные (NI), общие (GI) симптомы

Негативные симптомы в группе IT в сумме были равны 25,00 баллов и при проведении реабилитации снизились до 20,50 балла, различия статистически значимы ($p=0,03$) ($s=2,99$; «правильный порядок»; $R=1,5$ – эффект сильный). В группе пациентов, получающих атипичные нейролептики, показатель составил 19,50 балла и статистически значимо уменьшился до 18,00 баллов при сочетании атипичных нейролептиков с реабилитационными программами ($p=0,02$) ($s=4,03$; «правильный порядок»; $R=0,4$ – эффект умеренный). Общие симптомы в группе пациентов,

получающих типичные антипсихотики, составили в сумме 54,00 балла, в ITR – 46,00 баллов, различия статистически значимы ($p=0,001$) ($s=8,12$; «правильный порядок»; $R=1,0$ – эффект сильный). Значительно ниже данные показатели были в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики: в IA – 51,00 балл, в IAR – 41,00 балл ($p=0,03$) ($s=10,13$; «правильный порядок»; $R=1,0$ – эффект сильный).

Различия в группах пациентов, получающих разные препараты, также статистически значимы ($p<0,05$). Изменчивость признаков в основном средняя, лишь у некоторых показателей она несколько выше средней: продуктивные и общие симптомы в группе IA ($Cv=20,2-23,2\%$), общие симптомы в группе IAR ($Cv=21,1\%$).

На I этапе лечения в группе пациентов с длительностью расстройства более пяти лет, получающих типичные нейролептики без реабилитации, продуктивные симптомы в сумме составили 22,00 балла. При добавлении реабилитационных программ сумма баллов статистически значимо снизилась до 19,00 ($p=0,03$) ($s=3,22$; «правильный порядок»; $R=0,9$ – эффект сильный) (Таблица 4.14, Рисунок 4.13).

Таблица 4.14 – Показатели клинических симптомов по шкале PANSS II группы на I этапе обследования (наблюдения, лечения) в зависимости от проводимой терапии

Группа	Параметр	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ - 95	ДИ +95	25%	75%	Cv%
ИТ	PI	18,00	30,00	22,80	0,72	3,22	22,00	21,29	24,31	21,00	25,00	14,13
	NI	17,00	28,00	23,50	1,69	4,14	25,00	19,16	27,84	20,00	26,00	17,60
	GI	44,00	71,00	57,63	1,74	7,60	57,00	53,97	61,30	54,00	63,00	13,19
ИТР	PI	15,00	24,00	19,80	1,66	3,70	19,00	15,20	24,40	18,00	23,00	18,69
	NI	20,00	29,00	25,50	0,69	2,76	26,00	24,03	26,97	24,00	28,00	10,81
	GI	36,00	60,00	47,75	2,98	8,43	47,00	40,70	54,80	41,00	55,00	17,66
IIА	PI	18,00	33,00	24,50	0,93	3,71	24,00	22,53	26,47	22,00	26,50	15,13
	NI	14,00	31,00	23,70	0,97	4,35	25,00	21,66	25,74	20,50	26,00	18,37
	GI	39,00	66,00	55,58	1,83	7,99	55,00	51,73	59,43	49,00	62,00	14,37
IIАR	PI	15,00	30,00	23,11	0,90	3,82	23,00	21,21	25,01	21,00	25,00	16,52
	NI	16,00	33,00	25,10	1,34	6,00	25,00	22,29	27,91	23,00	30,00	23,90
	GI	33,00	62,00	46,89	2,17	9,19	45,00	42,32	51,46	40,00	55,00	19,60

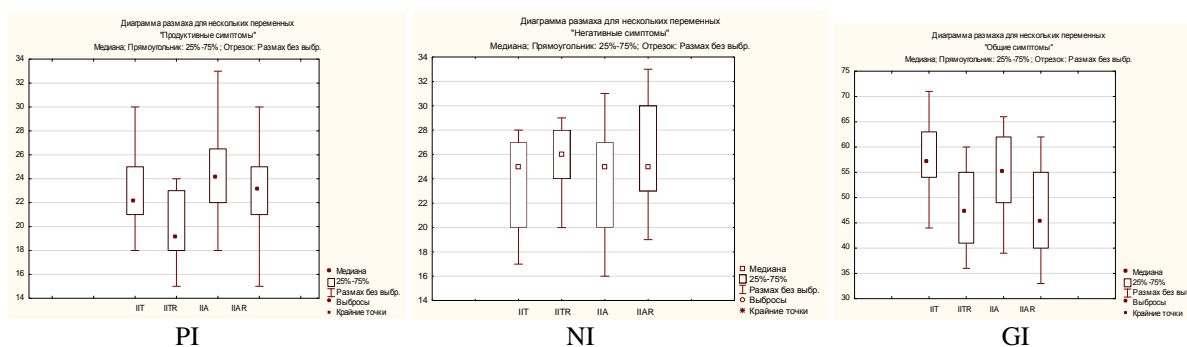


Рисунок 4.13 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов по шкале PANSS пациентов II группы на I этапе лечения: продуктивные (PI), негативные (NI), общие (GI) симптомы

Продуктивная симптоматика при назначении атипичных нейролептиков составила в сумме 24,00 балла и несколько снизилась при реабилитации до 23,00 баллов, различия статистически незначимы ($p=0,4$) ($s=3,71$; «правильный порядок»; $R=0,3$ – эффект умеренный).

Негативные симптомы в группе IT в сумме составили 25,00 баллов и несколько увеличились до 26,00 баллов при назначении реабилитации, но статистическая значимость лишь достигает порога вероятности ($p=0,05$) ($s=4,14$; «неправильный порядок»; R имеет отрицательное значение – эффект отсутствует). В группе пациентов, получающих атипичные нейролептики, показатель составил 25,00 баллов и не изменился при их сочетании с реабилитацией ($s=4,35$), различия статистически незначимы ($p=0,1$).

Общие симптомы в группе IT составили в сумме 57,00 баллов, в ITR – 47,00 баллов, различия статистически значимы ($p=0,001$) ($s=7,60$; «правильный порядок»; $R=1,3$ – эффект сильный) и значительно ниже данные показатели были в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики: в IA – 55,00 баллов, в IAR – 45,00 баллов, различия в группах статистически значимы ($p=0,03$) ($s=7,99$; «правильный порядок»; $R=1,3$ – эффект сильный). Различия в группах пациентов, получающих разные препараты, также статистически значимы ($p<0,05$). Вариабельность признаков средняя и выше средней и находится в пределах от 10,8 до 23,9%.

На IV этапе лечения групповая медиана продуктивных симптомов в IT группе в сумме составила 16,0 баллов, при добавлении в схему лечения реабилитационных мероприятий она статистически значимо уменьшилась до 15,00 баллов ($p=0,04$) ($s=3,62$; «правильный порядок»; $R=0,3$ – эффект умеренный). При применении атипичных нейролептиков также отмечена подобная динамика симптомов: в IA группе GMe составила 16,00 баллов и статистически значимо уменьшилась при сочетании с реабилитацией до 12,00 баллов ($p=0,00$) ($s=2,88$; «правильный порядок»; $R=1,4$ – эффект сильный).

Негативная симптоматика при лечении типичными антипсихотиками уменьшилась от 20,00 баллов у пациентов IT группы до 17,50 балла у ITR группы, различия статистически значимы (0,00) ($s=3,89$; «правильный порядок»; $R=0,6$ – эффект умеренный); у пациентов IA группы негативные симптомы составили в сумме 20,00 баллов и уменьшились до 16,00 баллов в IAR группе, различия статистически значимы ($p=0,00$) ($s=3,71$; «правильный порядок»; $R=1,1$ – эффект сильный).

Сумма общих симптомов составила в IT группе 43,00 балла, в ITR группе – 37,50 балла ($s=8,92$; «правильный порядок»; $R=0,3$ – эффект умеренный) (Таблица 4.15, Рисунок 4.14).

Таблица 4.15 – Показатели клинических симптомов по шкале PANSS I группы на IV этапе обследования (наблюдения, лечения) в зависимости от проводимой терапии

Группа	Параметр	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ - 95	ДИ +95	25%	75%	Cv%
IT	PIV	9,00	21,00	15,00	0,83	3,62	16,00	13,25	16,75	12,00	18,00	24,14
	NIV	13,00	25,00	19,89	0,89	3,89	20,00	18,02	21,77	17,00	24,00	19,53
	GIV	21,00	60,00	41,53	2,05	8,92	43,00	37,23	45,83	35,00	47,00	21,48
ITR	PIV	12,00	21,00	15,75	1,93	3,86	15,00	9,60	21,90	13,00	18,50	24,52
	NIV	13,00	26,00	18,50	2,78	5,57	17,50	9,64	27,36	14,50	22,50	30,10
	GIV	30,00	52,00	39,25	4,96	9,91	37,50	23,48	55,02	31,50	47,00	25,25
IA	PIV	11,00	17,00	14,60	1,29	2,88	16,00	11,02	18,18	12,00	17,00	19,73
	NIV	19,00	21,00	20,00	1,32	3,71	20,00	19,12	20,88	20,00	20,00	18,55
	GIV	36,00	45,00	40,60	1,86	4,16	39,00	35,44	45,76	38,00	45,00	10,24
IAR	PIV	7,00	17,00	11,56	0,81	3,45	12,00	9,84	13,27	8,00	14,00	29,86
	NIV	8,00	23,00	15,67	1,12	4,75	16,00	13,30	18,03	11,00	20,00	30,34
	GIV	13,00	47,00	32,78	2,18	9,25	33,00	28,18	37,38	25,00	40,00	28,23

В группе пациентов с ППЭ, получающих атипичные нейролептики, негативные симптомы в сумме составили 39,00 баллов и уменьшились до 33,00 баллов в группе первичных пациентов, получающих комплекс атипичных антипсихотиков с реабилитацией, различия статистически значимы ($p < 0,05$) ($s = 4,16$; «правильный порядок»; $R = 1,4$ – эффект сильный) (Таблица 4.15, Рисунок 4.14).

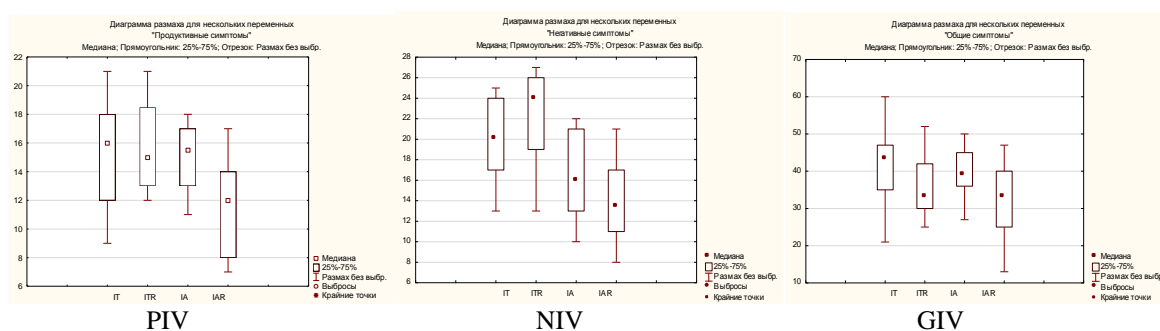


Рисунок 4.14 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов по шкале PANSS пациентов I группы на IV этапе лечения: продуктивные (PIV), негативные (NIV), общие (GIV) симптомы

Изменчивость предикторов (продуктивная, негативная и общая симптоматика) средняя и выше средней, коэффициент вариации находится в пределах от 10,2 до 30,3%.

На IV этапе лечения в группе пациентов с длительностью расстройства более пяти лет, получающих лечение лишь типичными нейролептиками, групповая медиана продуктивных симптомов в сумме составила 19,00 баллов (Самойлова Д.Д., 2018).

При сочетании данного варианта фармакотерапии с реабилитационными мероприятиями значение статистически значимо уменьшилось до 14,50 балла ($p = 0,03$) ($s = 4,17$; «правильный порядок»; $R = 1,1$ – эффект сильный). При применении атипичных нейролептиков отмечено еще более выраженное снижение продуктивной симптоматики: в ПА группе GMe составила 21,00 баллов и статистически значимо уменьшилась при сочетании с реабилитацией до 14,00 баллов ($p = 0,00$) ($s = 4,19$; «правильный порядок»;

R=1,7 – эффект сильный). Сумма негативных симптомов при лечении типичными антипсихотиками уменьшилась с 25,0 баллов у пациентов ПТ группы до 21,0 балла у ПТР группы, различия статистически значимы (p=0,04) (s=4,31; «правильный порядок»; R=0,9 – эффект сильный) (Таблица 4.16, Рисунок 4.15).

Таблица 4.16 – Показатели клинических симптомов по шкале PANSS II группы на IV этапе обследования (наблюдения, лечения) в зависимости от проводимой терапии

Группа	Параметр	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ - 95	ДИ +95	25%	75%	Cv%
ПТ	PIV	13,00	24,00	18,83	1,70	4,17	19,00	14,46	23,21	16,00	22,00	22,13
	NIV	14,00	31,00	23,65	0,96	4,31	25,00	21,63	25,67	20,50	26,00	18,21
	GIV	32,00	56,00	45,17	3,44	8,42	46,00	36,33	54,01	40,00	51,00	18,65
ПТР	PIV	9,00	27,00	15,25	1,24	4,96	14,50	12,61	17,89	12,00	18,00	32,52
	NIV	9,00	23,00	18,70	1,01	4,51	21,00	16,59	20,81	16,00	21,50	24,11
	GIV	26,00	49,00	38,75	1,49	6,67	40,00	35,63	41,87	36,00	42,50	17,22
IIA	PIV	12,00	28,00	20,67	0,99	4,19	21,00	18,58	22,75	18,00	23,00	20,26
	NIV	17,00	28,00	24,00	1,51	4,00	25,00	20,30	27,70	20,00	27,00	16,67
	GIV	29,00	58,00	42,89	2,17	9,19	41,00	38,32	47,46	36,00	51,00	21,43
IIAR	PIV	9,00	22,00	13,90	0,76	3,39	14,00	12,32	15,48	12,00	15,00	24,36
	NIV	10,00	28,00	19,39	1,43	6,06	19,00	16,38	22,40	15,00	25,00	31,25
	GIV	23,00	52,00	37,00	2,43	9,70	35,00	31,83	42,17	29,50	46,50	26,22

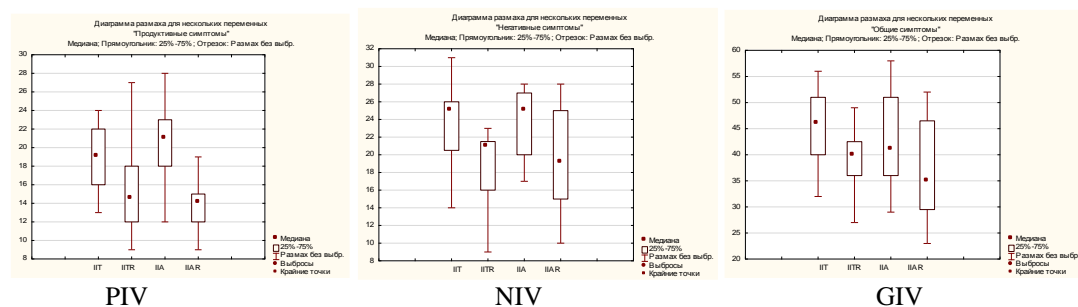


Рисунок 4.15 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов по шкале PANSS пациентов II группы на IV этапе лечения: продуктивные (PIV), негативные (NIV), общие (GIV) симптомы

У пациентов II группы, получающих лечение только атипичными нейролептиками, негативная симптоматика составила 25,0 баллов и снизилась под воздействием реабилитационных мероприятий до 19,0 баллов, различия статистически значимы (p=0,00) (s=4,00; «правильный порядок»; R=1,5 – эффект сильный).

Сумма общих симптомов в группе ПТ составила 46,00 баллов, в группе ПТР – 40,00 баллов ($s=8,42$; «правильный порядок»; $R=0,7$ – эффект средний). Подобная динамика отмечалась и в группе пациентов, получающих атипичные нейролептики: в группе длительно болеющих, находящихся на терапии атипичными нейролептиками, общая симптоматика равнялась 41,0 балл и снизилась до 35,0 баллов в группе пациентов с продолжительностью расстройства более 5 лет, находящихся на комплексной терапии атипичными нейролептиками и реабилитации, различия статистически значимы ($p<0,05$) ($s=9,19$; «правильный порядок»; $R=0,7$ – эффект средний). Изменчивость предикторов средняя и выше средней и варьирует от 16,7 до 32,5%.

Для определения степени влияния факторов «длительность расстройства и лечения», «вид фармакотерапии», «наличие или отсутствие реабилитации» на пациентов исследуемой совокупности провели сравнительный анализ полученных результатов с формированием пар групп: «типичные нейролептики – атипичные нейролептики», «без реабилитации – с реабилитацией», «более 5 лет – первый психотический эпизод».

При исследовании влияния фактора «вид фармакотерапии» сумма баллов по шкале продуктивной симптоматики на I этапе у пациентов группы Т, составило 21,11 балла, это статистически значимо выше, чем у пациентов, получающих атипичный препарат (20,1 балла) («правильный порядок»), также статистически значимо отличаются соответствующие показатели на IV этапе лечения (15,3 и 14,55 балла) («правильный порядок») ($p<0,05$).

В зависимости от этапа лечения признак уменьшается независимо от вида применения нейролептика до 15,30 балла ($p=0,01$) при приеме типичных антипсихотиков и до 14,55 балла ($p=0,02$) при приеме атипичных («правильный порядок») (Таблица 4.17, Рисунок 4.16).

Таблица 4.17 – Влияние вида фармакотерапии на показатели клинической симптоматики по шкале PANSS на I и IV этапах лечения (GMe)

Признак	Т/А	I этап	IV этап	P
Продуктивные симптомы	Т	↓ 21,11* →	→ 15,30* ↓	0,01
	А	↓ 20,10* →	→ 14,55* ↓	0,02
Негативные симптомы	Т	↓ 24,92 →	→ 20,25* ↓	0,04
	А	↓ 24,53 →	→ 19,33* ↓	0,02
Общие симптомы	Т	↓ 51,00* →	→ 41,25* ↓	0,00
	А	↓ 47,00* →	→ 38,63* ↓	0,01

Примечание: * – различия параметров в зависимости от применяемого нейролептика в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

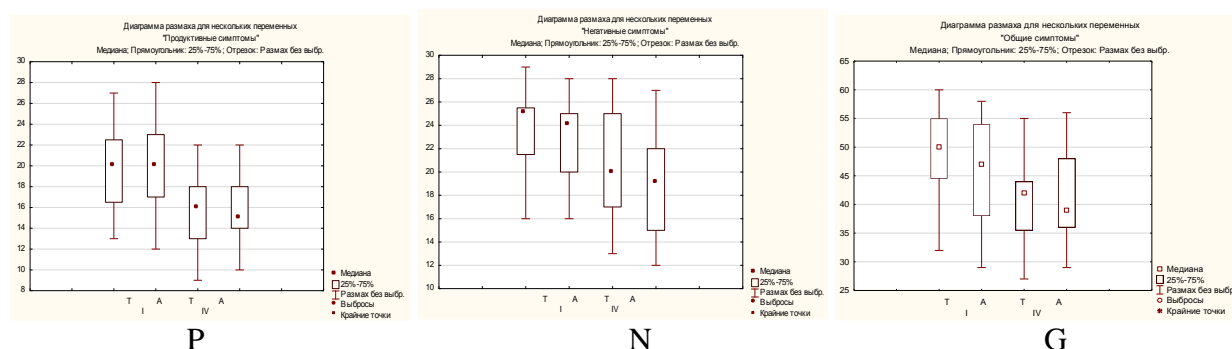


Рисунок 4.16 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов (P – продуктивных, N – негативных, G – общих)

на различных этапах лечения типичными и атипичными нейролептиками

При исследовании негативной симптоматики на I этапе у пациентов, получающих типичный нейролептик, показатель GMe составил 24,92 балла, что несколько больше, чем при лечении атипичными препаратами (24,53 балла). Однако, различия не достигают статистически значимого значения ($p=0,06$). На IV этапе наблюдения показатель негативной симптоматики у пациентов, получающих лечение атипичными антипсихотиками, значительно ниже, чем у пациентов, получающих типичные, и составляет 19,33 и 20,25 балла соответственно («правильный порядок») ($p=0,04$).

В зависимости от этапа лечения признак уменьшается независимо от вида применения нейролептика до 20,25 балла ($p=0,04$) при приеме типичных и до 19,33 балла ($p=0,02$) при приеме атипичных («правильный порядок»).

Аналогично изменению продуктивных и негативных симптомов, отмечается и динамика при изменении общей симптоматики. Так, на I этапе

лечения типичными нейролептиками GMe составила 51,00 балл, тогда как при лечении атипичными – 47,00 баллов («правильный порядок»).

В конце лечения также наблюдалась подобная закономерность – 41,25 балла при лечении типичными нейролептиками и 38,63 балла при лечении атипичными («правильный порядок») ($p < 0,05$). В зависимости от этапа лечения признак уменьшается независимо от вида применения нейролептика до 41,25 балла ($p = 0,00$) при приеме типичных и до 38,63 балла ($p = 0,01$) при приеме атипичных («правильный порядок»).

При исследовании влияния фактора «реабилитация» сумма баллов по шкале продуктивной симптоматики (Р симптомы по шкале PANSS) на I этапе лечения у пациентов без реабилитации составляет 21,20 балла, что значимо выше, чем у реабилитируемых пациентов – 20,00 баллов («правильный порядок»). Подобным образом изменение симптоматики 17,22 балла и 13,50 балла соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$) отмечалось и в конце наблюдения.

При оценке связи с этапом терапии признак уменьшается независимо от применения реабилитации до 17,22 балла ($p = 0,01$) у пациентов без реабилитации и до 13,50 балла ($p = 0,02$) у реабилитируемых больных («правильный порядок») (Таблица 4.18, Рисунок 4.17).

Таблица 4.18 – Влияние реабилитации на показатели клинической симптоматики по шкале PANSS (GMe)

Признак	NR/R	I этап	IV этап	p
Продуктивные симптомы	NR	↓ 21,20*	→ 17,22*	↓ 0,01
	R	↓ 20,00*	→ 13,50*	↓ 0,02
Негативные симптомы	NR	↓ 25,00*	→ 20,91*	↓ 0,03
	R	↓ 24,44*	→ 19,00*	↓ 0,02
Общие симптомы	NR	↓ 52,20*	→ 42,67*	↓ 0,00
	R	↓ 45,00*	→ 37,75*	↓ 0,01

Примечание: * – различия параметров в зависимости от применяемого нейролептика в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

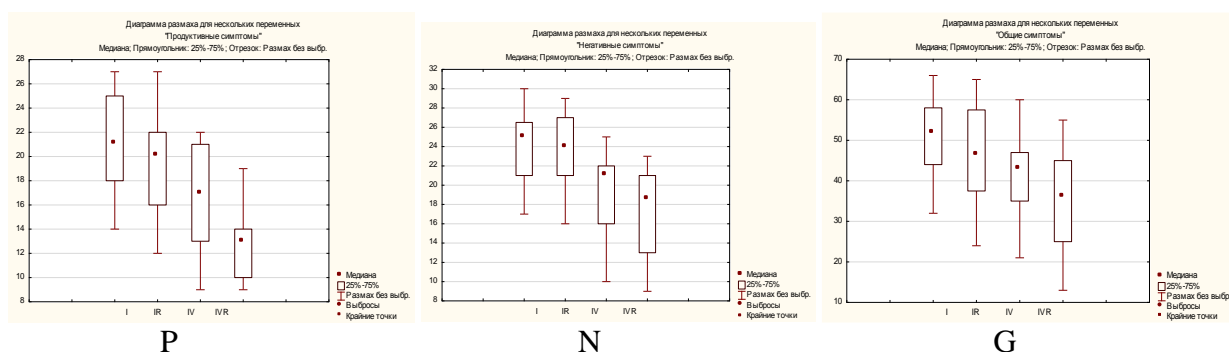


Рисунок 4.17 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов (P – продуктивных, N – негативных, G – общих) на различных этапах лечения в зависимости от наличия реабилитации

Подобная динамика отмечается и при изучении изменчивости негативных симптомов (N симптомы по шкале PANSS). На I этапе лечения сумма баллов у пациентов без реабилитации составила 25,00, что несколько выше, чем у реабилитируемых больных – 24,44 балла («правильный порядок»). В конце наблюдения подобные изменения показателей составили 20,91 и 19,00 баллов соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$).

При анализе этапа терапии признак уменьшается независимо от применения реабилитации до 20,91 балла ($p = 0,03$) у пациентов без реабилитации и до 19,00 баллов ($p = 0,02$) у реабилитируемых больных («правильный порядок»).

Аналогично негативной симптоматике изменялась и общая (G симптомы по шкале PANSS). На I этапе без реабилитации сумма баллов составила 52,20, что значительно превышало значения у реабилитируемых пациентов (45,00 баллов) («правильный порядок»). В конце лечения картина изменения аналогичных показателей составила 42,67 и 37,75 балла соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$). В конце наблюдения признак уменьшался независимо от применения реабилитации до 42,67 балла ($p = 0,00$) у пациентов без реабилитации и до 37,75 балла ($p = 0,01$) у реабилитируемых больных («правильный порядок»).

При исследовании влияния фактора «длительность расстройства» сумма баллов по шкале продуктивной симптоматики в начале терапии длительно болеющих пациентов составила 20,83 балла, это незначительно

выше показателей у первичных больных (20,00 баллов) («правильный порядок»). В конце наблюдения отмечалась подобная тенденция – 15,67 и 13,63 балла соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$) (Таблица 4.19, Рисунок 4.18).

Подобным образом изменялась и сумма баллов негативных симптомов (N симптомы по шкале PANSS) на I и IV этапах наблюдения.

Таблица 4.19 – Влияние длительности расстройства на показатели клинической симптоматики по шкале PANSS (GMe)

Признак	>5 лет/ППЭ	I этап	IV этап	p
Продуктивные симптомы	>5 лет	↓ 20,83*	→ 15,67*	0,02
	ППЭ	↓ 20,00*	→ 13,63*	0,01
Негативные симптомы	>5 лет	↓ 25,00*	→ 21,00*	0,03
	ППЭ	↓ 24,23*	→ 19,00*	0,02
Общие симптомы	>5 лет	↓ 50,88*	→ 40,40*	0,00
	ППЭ	↓ 45,75*	→ 38,80*	0,01

Примечание: * – различия параметров в зависимости от применяемого нейролептика в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

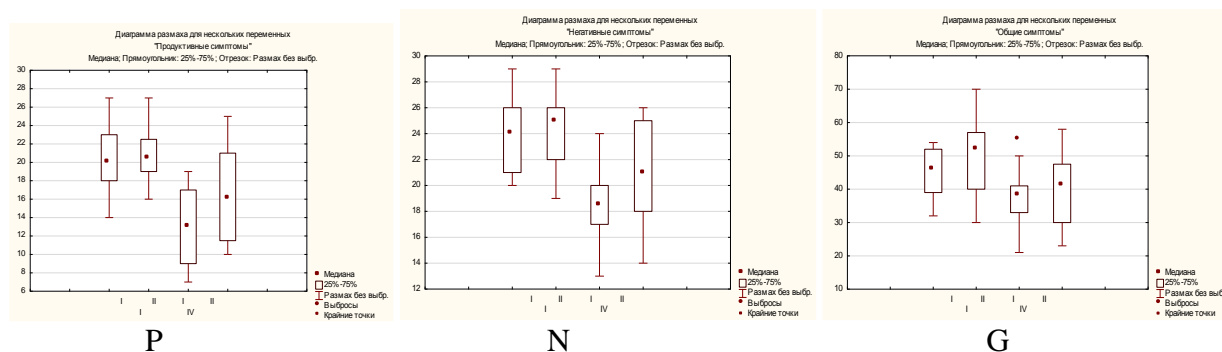


Рисунок 4.18 – Диаграммы диапазонов клинических симптомов (P – продуктивных, N – негативных, G – общих)

на различных этапах лечения в зависимости от длительности расстройства

У длительно болеющих пациентов она составила 25,00 баллов, тогда как у первичных больных – 24,23 балла соответственно в начале лечения («правильный порядок»). При этом в конце наблюдения данные показатели были 21,00 и 19,00 баллов соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$).

Изменились и общие психопатологические симптомы. Длительно болеющие пациенты на обоих этапах лечения имели более высокие показатели: на этапе I общие баллы по шкале G для длительно больных и

первичных пациентов составляют 50,88 балла и 45,75 балла («правильный порядок»), а на этапе IV – 40,40 балла и 38,80 балла соответственно («правильный порядок») ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018) (Таблица 4.20).

Все изучаемые показатели (P, N, G симптомы по шкале PANSS) снижались в зависимости от этапа наблюдения («правильный порядок») ($p < 0,05$).

Таблица 4.20 – Оценка психического состояния пациентов по шкале PANSS исследуемых групп и по шкале комплексной оценки результата лечения (баллы)

Признак	Группы (I и IV этапы)															
	IT		ITR		IA		IAR		IT		PTR		PA		PAR	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
P	21,0	15,0	18,7	16,0	21,6	14,2	20,1	11,3	23,8	18,9	19,6	15,0	24,8	21,1	23,6	14,0
N	30,0	19,4	21,2	18,3	19,6	10,2	17,1	8,2	24,0	22,6	26,4	18,3	24,3	12,3	25,4	10,9
G	55,1	41,8	41,8	27,3	50,6	40,2	44,1	22,2	58,6	44,4	48,0	27,7	55,8	43,9	47,6	27,7
Итого по всем признакам шкалы PANSS	35,4	25,4	27,2	20,5	30,6	21,5	27,1	13,9	35,5	28,6	31,3	20,3	35	25,8	32,2	17,5
Результат лечения по шкале комплексной оценки	2,1	2,6	2,4	2,8	2,4	2,8	2,4	3,0	2,2	2,5	2,3	2,8	2,2	2,6	2,4	2,9

Оценка состояния пациентов по продуктивным, негативным и общим симптомам показала средний балл по каждому блоку шкалы PANSS. Продуктивные симптомы в IT группе на I этапе наблюдения составили 21,0 балл и снизились на IV этапе до 15,0 баллов.

Подобная динамика в виде снижения продуктивной симптоматики к IV этапу лечения по сравнению с I наблюдалась во всех группах: ITR – от 18,7 до 16,0; IA – от 21,6 до 14,2; IAR – от 20,1 до 11,3; IT – от 23,8 до 18,9; PTR – от 19,6 до 15,0; PA – от 24,8 до 21,1; PAR – от 23,6 до 14,0 баллов (Рисунок 4.19).

Негативные симптомы также снижались в конце лечения по сравнению с I во всех изучаемых группах: в IT – от 30,0 до 19,4; ITR – от 21,2 до 18,3; IA – от 19,6 до 10,2; IAR – от 17,1 до 8,2; ITT – от 24,0 до 22,6; IITR – от 26,4 до 18,3; IIA – от 24,3 до 12,3; IIAR – от 25,4 до 10,9 балла (Рисунок 4.20).

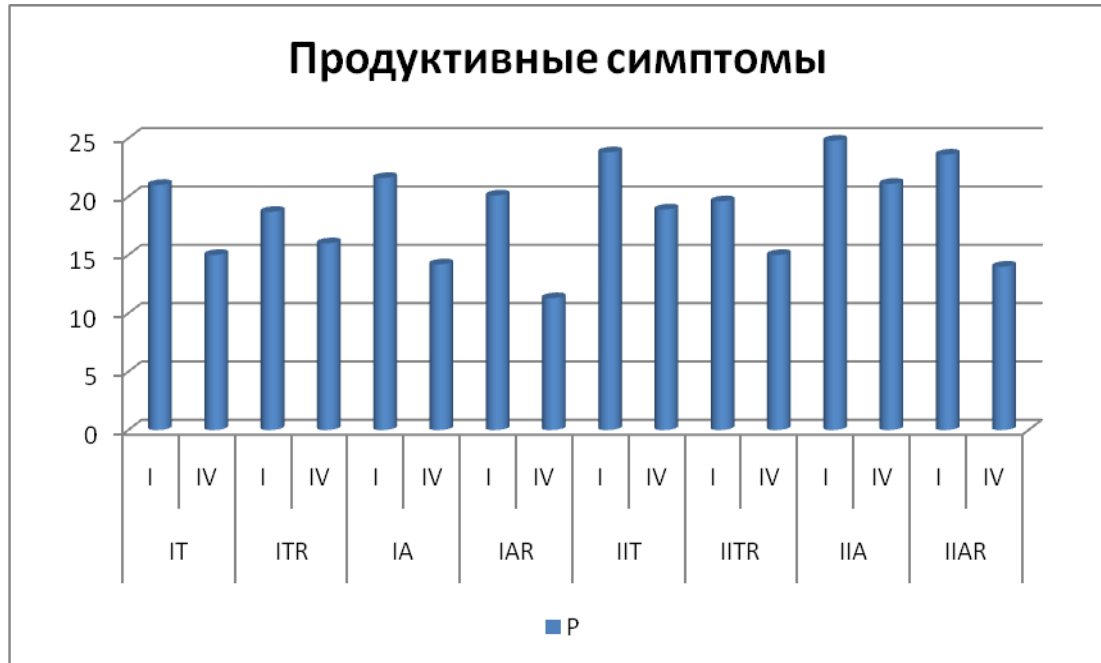


Рисунок 4.19 – Динамика продуктивных симптомов в изучаемых группах (баллы)

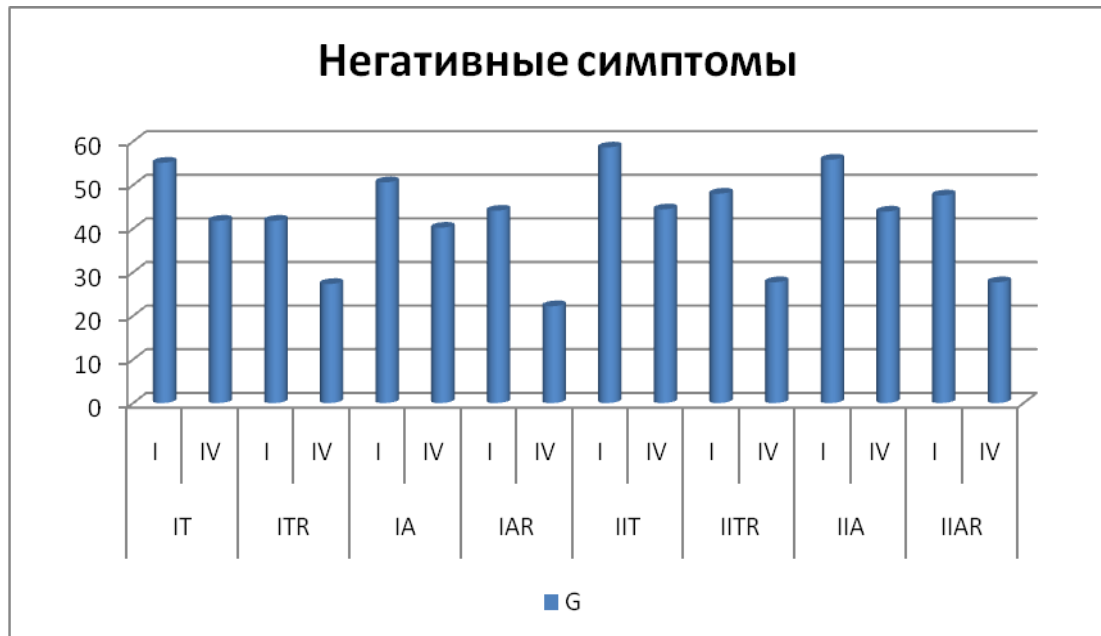


Рисунок 4.20 – Динамика негативных симптомов в изучаемых группах (баллы)

Аналогичная динамика в виде снижения баллов наблюдалась и среди общих симптомов в конце наблюдения по сравнению с началом во всех изучаемых группах: в IT – от 55,1 до 41,8; ITR – от 41,8 до 27,3; IA – от 50,6 до 40,2; IAR – от 44,1 до 22,2; ITT – от 58,6 до 44,4; IITR – от 48,0 до 27,7; IIA – от 55,8 до 43,9; IIAR – от 47,6 до 27,7 балла (Рисунок 4.21).

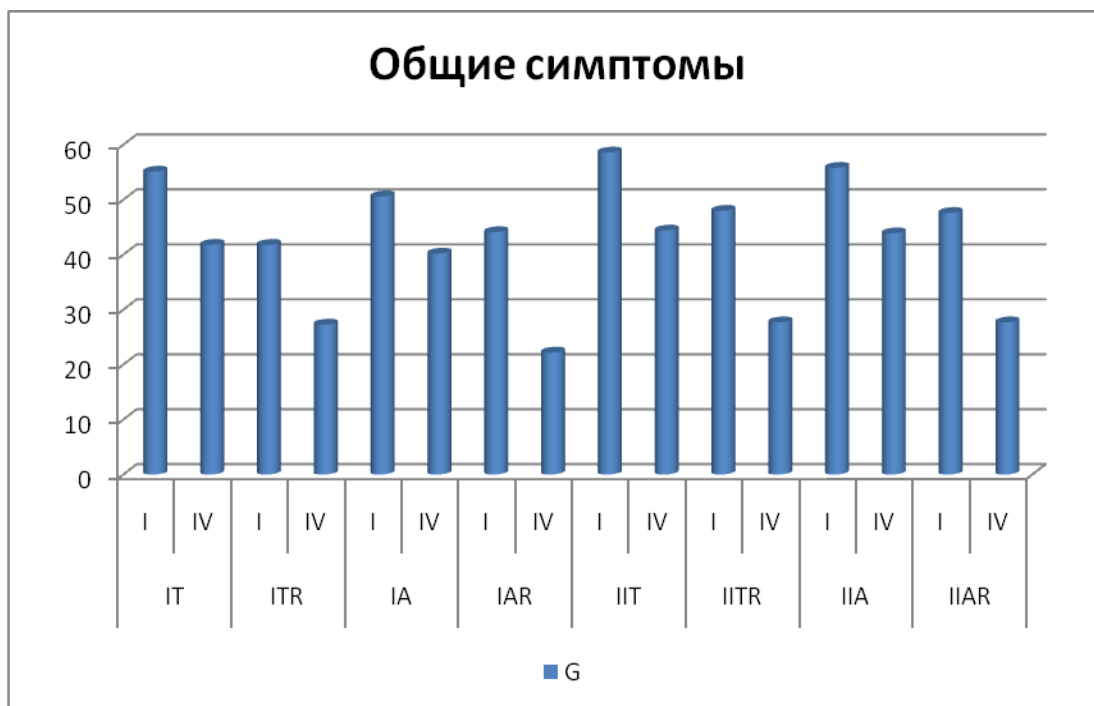


Рисунок 4.21 – Динамика общих симптомов в изучаемых группах (баллы)

Средний балл состояния пациентов по совокупности симптомов (P, N, G) также различался в анализируемой выборке в начале и конце лечения: IT – 35,4 и 25,4; ITR – 27,2 и 20,5; IA – 30,6 и 21,5; IAR – 27,1 и 13,9; ITT – 35,5 и 28,6; IITR – 31,3 и 20,3; IIA – 35,0 и 25,8; IIAR – 32,2 и 17,5 балла соответственно (Таблица 4.20).

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; IITR – 2,3 и 2,8; IIA – 2,2 и 2,6; IIAR – 2,4 и 2,9 балла соответственно (Рисунок 4.22).

Выявлены обратные значительные и тесные корреляции между состоянием пациентов по шкале PANSS (продуктивные, негативные и общие симптомы) и результатом лечения пациентов исследуемых групп по шкале комплексной оценки, что свидетельствует о следующем: чем значительнее снижается клиническая симптоматика, тем выше результат лечения (Таблица 4.21).

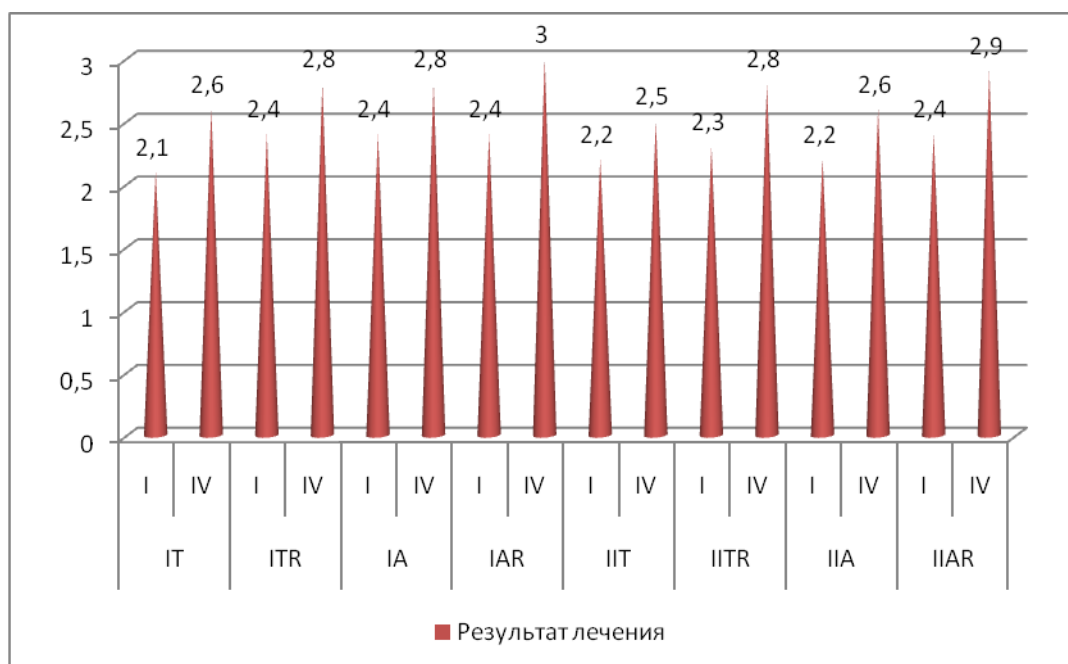


Рисунок 4.22 – Состояние пациентов по шкале комплексной оценки результата лечения в исследуемых группах

Таблица 4.21 – Матрица корреляций оценки психического состояния пациентов по шкале PANSS с комплексной оценкой результата лечения в изучаемой выборке в начале и конце наблюдения (r – коэффициент Спирмена)

Группа	P		N		G	
	I этап	IV этап	I этап	IV этап	I этап	IV этап
IT	-0,72	-0,74	-0,72	-0,75	-0,52	-0,64
ITR	-0,64	-0,69	-0,64	-0,64	-0,58	-0,64
IA	-0,62	-0,75	-0,64	-0,76	-0,56	-0,53
IAR	-0,72	-0,8	-0,52	-0,6	-0,71	-0,8
IIT	-0,52	-0,72	-0,52	-0,52	-0,52	-0,64
IITR	-0,75	-0,77	-0,63	-0,64	-0,71	-0,54
IIA	-0,52	-0,56	-0,52	-0,57	-0,68	-0,59
IIAR	-0,52	-0,66	-0,57	-0,71	-0,70	-0,68

Корреляционный анализ подтверждает улучшение результата лечения по шкале комплексной оценки (ШКОРЛ) при снижении клинической симптоматики по шкале PANSS, что говорит в пользу объективной оценки психического состояния пациентов по данной шкале.

Установлен вектор, указывающий направление и значимость изменения анализируемых индикаторов состояния пациентов в зависимости от вида терапии, продолжительности расстройства и реабилитации.

В зависимости от влияния изучаемых факторов, показатели 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, 28,6%), IT (от 23,8 до 18,9, на 20,6%), PTR (от 19,6 до 15,0 баллов, на 23,5%), IAR (от 20,1 до 11,3 балла, на 43,8%) и PAR (от 23,6 до 14,0 баллов, на 40,7%) группах.

Наиболее значительное снижение негативной симптоматики в конце лечения по сравнению с I отмечено в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики (IA – 19,6 и 10,2 балла, на 48,0%; ПА – 24,3 и 12,3 балла, на 49,0%) и особенно в группах пациентов, получающих их в сочетании с реабилитационными мероприятиями (IAR – 17,1 и 8,2 балла, на 52,1%; PAR – 25,4 и 10,9 балла, на 57,1%). Снижение общей симптоматики наиболее значимо было отмечено в группах пациентов, получающих наряду с нейролептиками реабилитацию: PTR – 41,8 и 27,3 балла, на 34,7%; IAR – 44,1 и 22,2 балла, на 49,7%; PTR – 48,0 и 27,7 балла, на 42,3%; PAR – 47,6 и 27,7 балла, на 41,8%).

Шкала комплексной оценки результата лечения 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%; PAR – 2,4 и 2,9 балла, на 17,2%; PTR – 2,3 и

2,8 балла, на 17,9%; IA и ITR – 2,4 и 2,8 балла, на 14,3% (% показывает увеличение показателя результата лечения на IV этапе по сравнению с I).

При оценке психического состояния пациентов в конце лечения в 2,6-3,0 балла состояние расценивается как хорошее. Такой показатель был отмечен практически во всех группах исследования, и лишь в ITT группе уровень тяжести психического состояния был оценен в 2,5 балла, что расценивалось как удовлетворительное (2,1-2,5 балла). Групп с оценкой состояния как неудовлетворительное (1-2 балла) выявлено не было.

Максимальные значения оценки психического состояния пациентов по шкале комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) выявлено в IAR группе (3 балла). Таким образом, наилучший результат лечения в виде редукции клинической симптоматики, определяемой по шкале PANSS, был отмечен у первичных пациентов, получающих комплекс терапии в виде назначения атипичных нейролептиков с психосоциальной реабилитацией на IV этапе наблюдения, что оказывало положительное влияние на повышение социальной адаптации.

Таким образом, сочетание таких факторов как длительность расстройства более 5 лет, лечение типичными нейролептиками и отсутствие реабилитации ухудшает прогноз при шизофрении. Типичные нейролептики эффективны при снятии острой симптоматики при шизофрении. Для купирования продуктивных, негативных и общих симптомов на поддерживающем амбулаторном лечении доказана необходимость применения атипичных нейролептиков в сочетании с психореабилитационными программами.

4.3. Динамика показателей эмоционального интеллекта

у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

С целью описания изменения показателей эмоционального интеллекта, как одного из важнейших составляющих когнитивной функции пациентов с шизофренией, применялась методика «Лица Экмана», основанная на умении невербально распознавать индивидуальные эмоции по фотографиям (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Были выявлены заметные различия в зависимости от продолжительности расстройства в анализируемых парах групп: в группе первичных пациентов ответ на терапию был выражен значительно по сравнению с группой длительно болеющих (Таблица 4.22).

Таблица 4.22 – Показатель эмоционального интеллекта пациентов изучаемой выборки в начале и конце наблюдения (баллы)

Группа	Этап	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ - 95	ДИ +95	25%	75%	Cv%	P
IT	I	2,6	5,0	3,6	0,3	0,8	3,0	4,2	3,4	3,0	3,8	23,1	0,000
	IV	2,5	4,3	3,2	0,2	0,6	2,8	3,6	3,2	2,7	3,5	17,5	
ITR	I	3,5	5,9	4,8	0,2	0,8	4,3	5,4	4,9	4,3	5,5	16,3	0,003
	IV	4,0	7,0	5,4	0,3	0,9	4,7	6,1	5,3	4,7	6,0	17,6	
IA	I	4,3	7,3	5,9	0,3	1,0	5,1	6,6	5,8	5,1	6,7	16,9	0,001
	IV	4,7	7,8	6,3	0,4	1,1	5,5	7,1	6,1	5,4	7,4	17,9	
IAR	I	4,7	8,1	6,4	0,4	1,1	5,5	7,2	6,1	5,6	7,5	17,9	0,004
	IV	5,0	12,0	8,1	0,7	2,3	6,4	9,8	7,5	6,5	10,0	16,0	
ITT	I	2,2	3,8	3,0	0,2	0,5	2,6	3,4	3,0	2,6	3,4	17,2	0,06
	IV	2,3	3,8	3,0	0,2	0,5	2,6	3,4	3,1	2,5	3,4	17,0	
ITTR	I	3,4	5,6	4,3	0,2	0,7	3,8	4,8	4,3	3,8	4,6	15,9	0,05
	IV	3,2	5,4	4,4	0,2	0,7	3,7	4,7	4,2	3,6	4,8	17,8	
IIA	I	4,0	7,0	5,4	0,3	0,9	4,7	6,1	5,3	4,7	6,0	17,6	0,04
	IV	4,3	7,3	5,9	0,3	1,0	5,1	6,6	5,8	5,1	6,7	16,9	
IAR	I	4,4	7,3	5,9	0,3	1,0	5,2	6,6	5,8	5,2	6,7	16,4	0,04
	IV	4,6	7,7	6,2	0,3	1,1	5,5	6,8	6,0	5,2	7,2	17,2	

Примечание: p – различия между I и IV этапами наблюдения.

У первичных пациентов, получающих типичные нейролептики, состояние оценивалось в среднем в 3,4 балла, в конце наблюдения балл (3,6

балла) был ниже на 0,4 по сравнению с началом лечения (3,2 балла) (эффект отрицательный).

Под влиянием фактора реабилитации индикатор повышался до 4,8 балла в начале наблюдения и до 5,4 балла в конце ($s=1,6$), различия статистически значимы ($p<0,05$), эффект составил 0,4 (умеренный эффект) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

В группе первичных больных, получающих атипичные нейролептики, в начале терапии параметр составил 5,9 балла и увеличился до 6,3 балла в конце наблюдения, различия статистически значимы ($p<0,05$). Описанная динамика свидетельствует о благоприятном влиянии антипсихотиков второго поколения (эффект умеренный=0,2, $s=2,0$) по сравнению с традиционными препаратами.

Более выраженное увеличение параметра отмечалось при влиянии реабилитационного компонента: в группе первичных пациентов, получающих атипичные нейролептики с реабилитацией от 6,4 балла в начале наблюдения до 8,1 балла в конце (эффект средний=0,8, $s=2,1$), различия статистически значимы ($p<0,05$).

В группе длительно болеющих пациентов на соответствующей терапии средние значения индикатора эмоционального интеллекта заметно ниже, что можно объяснить влиянием фактора продолжительность расстройства: индикаторы состояния больных по сравнению с группой первичных был ниже на 16,4-23,5%, эффект в выборке был низким или умеренным и не превышал 0,25 (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017), (Рисунок 4.23) .

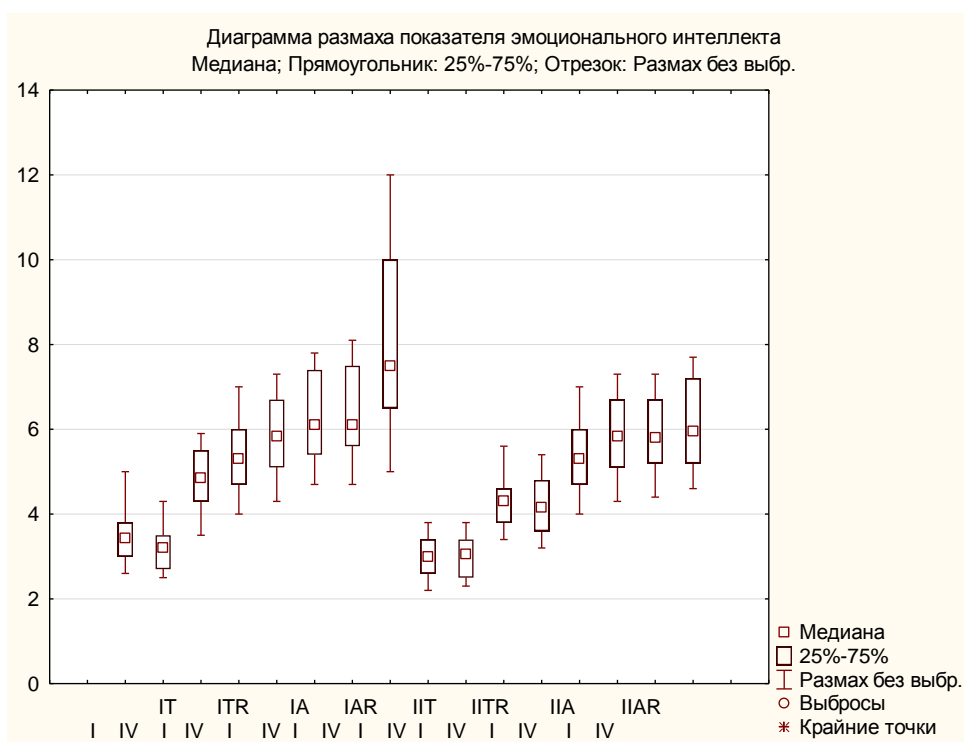


Рисунок 4.23 – Изменчивость показателя эмоционального интеллекта в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

В зависимости от степени влияния факторов на результат лечения, в парах групп был выявлен «правильный порядок», различия статистически значимы ($p < 0,05$). В зависимости от вида терапии, в частности при лечении типичными антипсихотиками эмоциональный интеллект составил 4,0 балла на обоих этапах наблюдения, при терапии атипичными препаратами данный показатель в среднем составляет 6,0 и 6,7 балла в начале и конце лечения соответственно ($p < 0,05$).

Под влиянием фактора реабилитации, при ее наличии, отмечался «правильный порядок» в начале и конце наблюдения (5,4 и 6,0 баллов), различия статистически значимы ($p = 0,04$). При отсутствии реабилитации состояние пациентов оценивается в 4,5 балла в начале и 4,6 балла в конце лечения, различия статистически незначимы ($p = 0,09$) («порядок нейтральный»).

При влиянии фактора продолжительность расстройства также отмечались различия: у пациентов с длительностью заболевания более пяти лет изучаемый признак оценивался в 4,7 балла в начале наблюдения и

незначительно увеличивался в конце лечения до 4,8 балла, различия статистически незначимы ($p=0,08$) («порядок нейтральный»). Индикатор состояния первичных пациентов статистически значимо выше на обоих этапах лечения (5,2 балла и 5,8 баллов соответственно) ($p<0,05$) («порядок правильный») (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017), (Таблица 4.23).

Таблица 4.23 – Влияние изучаемых факторов на показатели эмоционального интеллекта по шкале «Лица Экмана» в начале и конце наблюдения (GMe)

Фактор	Пары групп	Этап наблюдения		Р
		I	IV	
Нейролептик	T	↓ 4,0*	↓ 4,0*	0,8
	A	↓ 6,0*	→ ↓ 6,7*	0,03
Реабилитация	NR	↓ 4,5*	→ ↓ 4,6*	0,09
	R	↓ 5,4*	→ ↓ 6,0*	0,04
Длительность расстройств	>5 лет	↓ 4,7*	→ ↓ 4,8*	0,08
	ППЭ	↓ 5,2*	→ ↓ 5,8*	0,04

Примечание: * – различия в зависимости от применяемого фактора в пределах этапа; р – различия в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

Анализ соразмерности оценки состояния пациентов в изучаемых группах с результатами лечения по шкале комплексной оценки выявил, 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, PAR – 5,9 и 6,2 балла; ITR – 4,8 и 5,4 балла, PTR – 4,3 и 4,4 балла на I и IV этапах соответственно). Аналогичная тенденция наблюдается и при оценке результатов лечения по предложенной шкале комплексной оценки (IAR – 2,0 и 2,4 балла, PAR – 1,9 и 2,1 балла; ITR – 1,7 и 1,8 балла, PTR – 1,4 и 1,5 балла на I и IV этапах соответственно) (Таблица 4.24, Рисунок 4.24).

Таблица 4.24 – Оценка психического состояния пациентов изучаемой выборки по методике «Лица Экмана» и по шкале комплексной оценки результата лечения (баллы)

Признак	Группы (I и IV этапы)															
	IT		ITR		IA		IAR		IIT		IITR		IIA		IIAR	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Итого по шкале «Лица Экмана»	3,6	3,2	4,8	5,4	5,9	6,3	6,4	8,1	3,0	3,0	4,3	4,4	5,4	5,9	5,9	6,2
Результат лечения по шкале комплексной оценки	1,2	1,1	1,7	1,8	1,8	2,0	2,0	2,4	1,0	1,0	1,4	1,5	1,8	1,9	1,9	2,1

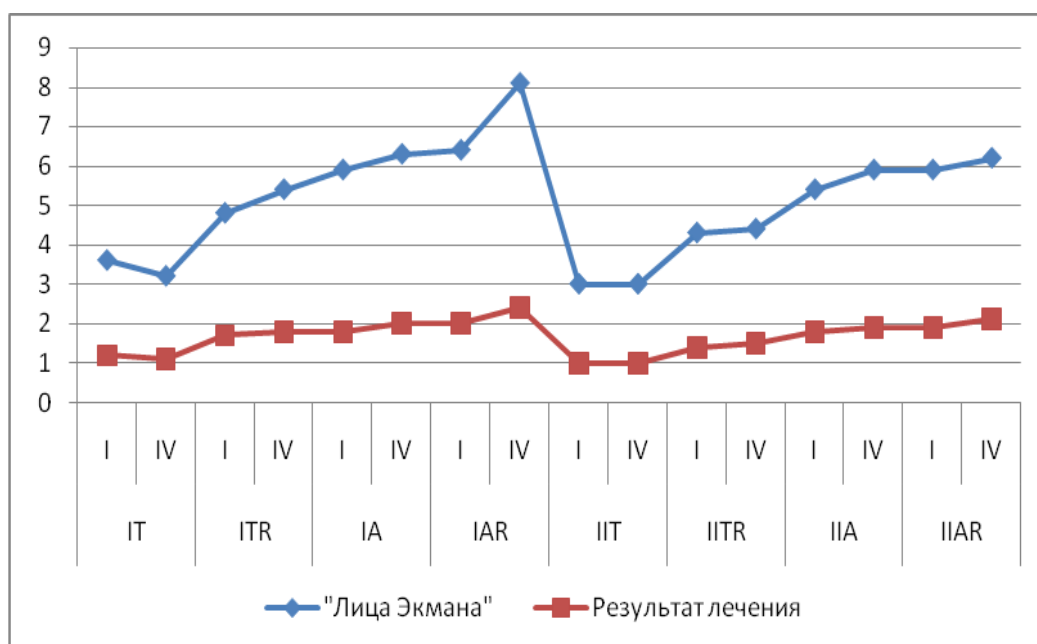


Рисунок 4.24 – Сопоставимость оценки состояния пациентов выборки в начале и конце лечения по методике «Лица Экмана» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

Корреляционный анализ показал тесные прямые связи показателей эмоционального интеллекта больных изучаемой выборки с результатами лечения по шкале комплексной оценки (r находится в пределах от 0,76 до 0,89).

Корреляционный анализ подтверждает улучшение результатов лечения по шкале комплексной оценки при повышении эмоционального интеллекта по методике «Лица Экмана» (Таблица 4.25).

Таблица 4.25 – Матрица корреляций оценки состояния эмоционального интеллекта пациентов по методике «Лица Экмана» с комплексной оценкой результатов лечения в выборке в начале и конце наблюдения (r– коэффициент Спирмена)

Группа	Эмоциональный интеллект	
	I этап	IV этап
IT	0,78	0,77
ITR	0,79	0,76
IA	0,81	0,86
IAR	0,84	0,89
IT	0,82	0,79
ITR	0,77	0,78
IIA	0,76	0,80
IAR	0,88	0,86

Таким образом, установлены вектор и степень значимости вариабельности индикаторов эмоционального интеллекта пациентов с параноидной шизофренией под влиянием вида фармакотерапии, продолжительности заболевания, проведения психореабилитационных программ (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

При оценке эмоционального интеллекта по шкале комплексной оценки результатов лечения (ШКОРЛ) в 1,0-2,0 балла результат считается неудовлетворительным. Выявлены группы с таким результатом. Таких групп было большинство: IA (2,0 балла), IIA (1,9 балла), ITR (1,8 балла), IITR (1,5 балла), IT (1,1 балла) и IT (1,0 балл). Удовлетворительный результат (2,1-2,5 балла) отмечен в двух группах: IAR (2,4 балла) и IAR (2,1 балла). Хороших показателей эмоционального интеллекта (2,6-3,0 балла) не удалось добиться ни в одной группе.

Под влиянием исследуемых факторов, в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики, отмечались удовлетворительные показатели эмоционального интеллекта, наилучшие результаты были выявлены в конце лечения у реабилитируемых пациентов, что доказывает повышение адаптационных возможностей у пациентов данной группы.

Таким образом, нарушение показателей эмоционального интеллекта как одного из ведущих симптомов параноидной шизофрении является

стойким и трудно поддающимся влиянию терапии разными антипсихотиками и психореабилитационными мероприятиями. При купировании других психических симптомов эмоциональный дефицит сохраняется дольше. Отсутствие в схеме терапии атипичных нейролептиков в сочетании с психосоциальной реабилитацией ведет к углублению нарушения эмоционального интеллекта и снижению адаптационного потенциала больного.

4.4. Динамика показателей социального интеллекта у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

Анализ изменчивости динамики параметра социального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией, в зависимости от различных вариантов проводимой терапии, подразумевал применение методики «Hinting Task» (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017; Самойлова Д.Д., 2018).

Методика «Hinting Task» используется для оценки социального интеллекта, который является одним из четырех доменов социального когнитивного функционирования пациентов. Известно, что нарушение когнитивных функций у больных параноидной шизофренией является одной из основных групп симптомов расстройства, в частности, социальный интеллект страдает одним из первых.

Больным предлагается 10 ситуационных заданий. Если пациент решает задание с первого раза, получает 2 балла, если решает с подсказкой (со второго раза) – 1 балл, если не решает – 0 баллов. Таким образом, пациент может набрать от 0 до 20 баллов.

У первичных пациентов психическое состояние, отражающее социальный интеллект, оценивается статистически значимо выше в соответствующих группах по сравнению с длительно болеющими ($p < 0,05$). Так, в IT группе уровень социального интеллекта соответствовал 15,9 балла

на I этапе лечения и 15,8 балла на IV, статистически значимые различия отсутствуют ($p=0,2$) ($s=4,9$; эффект отрицательный).

В ITR группе на I этапе наблюдения балл составил 18,3 и увеличился до 19,0 баллов на IV этапе наблюдения, различия достигают статистической значимости ($p=0,04$), эффект составил 0,1 ($s=5,9$; малый) (Таблица 4.26).

Таблица 4.26 – Показатель социального интеллекта в исследуемых группах в зависимости от проводимой терапии (баллы)

Группа	Этап	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ -95	ДИ +95	25 %	75 %	Cv %	p
IT	I	13,0	19,0	15,9	0,5	1,8	14,7	17,0	15,9	14,4	17,0	11,0	0,00
	IV	12,0	18,0	15,8	0,6	2,1	14,4	17,2	16,0	14,0	17,7	13,1	
ITR	I	14,0	19,0	18,3	0,8	2,6	16,5	19,1	18,3	16,0	19,0	14,3	0,02
	IV	15,0	20,0	19,0	0,7	2,4	17,4	19,6	19,0	17,0	19,0	12,9	
IA	I	13,0	20,0	18,5	1,0	3,4	16,2	19,8	19,0	15,0	19,0	18,3	0,01
	IV	14,0	20,0	19,3	0,7	2,6	17,8	19,8	20,0	17,0	19,1	13,7	
IAR	I	14,0	20,0	19,3	0,7	2,6	17,8	18,8	20,0	17,0	19,1	13,7	0,000
	IV	17,8	20,0	19,5	0,7	2,3	19,9	19,0	20,0	19,0	20,0	10,7	
IT	I	9,0	17,0	13,1	0,7	2,5	11,4	14,8	13,1	11,0	15,0	18,8	0,02
	IV	8,0	16,0	12,0	0,7	2,4	10,4	13,6	12,0	10,0	14,0	20,4	
ITR	I	12,0	18,0	15,5	0,7	2,5	13,8	17,1	15,0	14,0	17,0	16,0	0,06
	IV	12,0	19,0	16,5	0,9	2,9	14,5	18,4	17,0	14,0	19,0	17,7	
IIA	I	13,0	20,0	18,1	0,9	2,9	16,2	19,1	19,0	15,0	20,0	16,1	0,06
	IV	13,0	20,0	18,1	0,9	2,9	16,2	19,1	19,0	15,0	20,0	16,1	
IAR	I	14,0	20,0	19,0	0,8	2,9	17,4	19,7	19,5	17,0	19,1	15,0	0,05
	IV	14,0	20,0	19,0	0,8	2,9	17,4	19,7	19,5	17,0	19,1	15,0	

Примечание: p – различия на I и IV этапах наблюдения.

У пациентов, получающих атипичные антипсихотики, социальный интеллект оценивается статистически значимо выше и на I (18,5 балла), и на IV (19,3 балла) этапах лечения эффект=0,1 ($s=6,1$; малый), еще выше состояние пациентов оценивалось при добавлении реабилитации (18,3 и 19,5 балла соответственно), различия статистически значимы ($p<0,05$), эффект составил 0,3 ($s=6,4$; умеренный).

В группе IT на IV этапе наблюдения относительно I отмечалась отрицательная динамика состояния пациентов, параметр снизился на 8,4% (от 13,1 до 12,0 баллов), различия статистически значимы ($p=0,04$) (эффект отрицательный).

При добавлении к терапии реабилитационных программ показатель несколько повысился до 15,5 балла на I этапе лечения и до 16,5 балла в конце наблюдения, различия статистически значимы ($p < 0,05$), эффект умеренный ($s = 5,2$; эффект = 0,2) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017) (Рисунок 4.25).

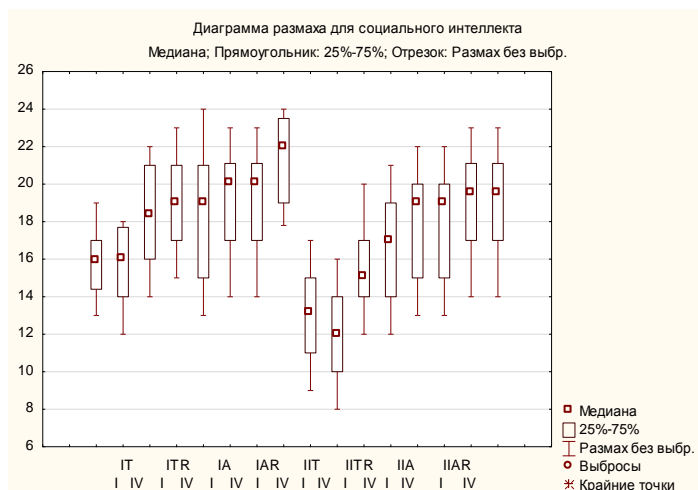


Рисунок 4.25 – Изменчивость показателя социального интеллекта в зависимости от проводимой терапии в начале и конце наблюдения

Пациенты, получающие атипичные нейролептики, продемонстрировали более высокие показатели (18,1 балла в ПА и 19,0 в ПАР группах, $p < 0,05$), при этом не отмечалось различий между этапами терапии ($p > 0,05$), эффект умеренный ($s = 6,0$; эффект = 0,2).

При анализе пар групп, сформированных в зависимости от факторов влияния (длительность расстройства и лечения, вид фармакотерапии, наличие или отсутствие реабилитации), выявлено, что в пределах одного этапа наблюдается «правильный порядок» в исследуемых парах. Так, 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 препаратов показатель увеличивается до 19,5 балла).

Наличие реабилитационных программ также оказывает положительное влияние на результат лечения. В группах с реабилитацией показатель

социального интеллекта на I этапе составил 18,0 баллов, на IV – 19,0 баллов по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (16,4 и 16,3 балла соответственно), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Таблица 4.27).

Таблица 4.27 – Влияние изучаемых факторов на показатели социального интеллекта по шкале «Hinting Task» в начале и конце лечения (GMe)

Фактор	Пары групп	Этап наблюдения		P
		I	IV	
Нейролептик	T	↓ 15,7*	→ ↓ 15,8*	0,7
	A	↓ 18,7*	→ ↓ 19,5*	0,01
Реабилитация	NR	↓ 16,4*	← ↓ 16,3*	0,2
	R	↓ 18,0*	→ ↓ 19,0*	0,04
Длительность расстройства	>5 лет	↓ 16,4*	↓ 16,4*	0,8
	ППЭ	↓ 18,0*	→ ↓ 18,9*	0,04

Примечание: * – различия параметров в зависимости от применяемого фактора в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

При анализе влияния фактора «длительность расстройства» было выявлено, что у первичных пациентов показатель социального интеллекта значительно выше (18,0 и 18,9 баллов в начале и конце лечения) по сравнению с длительно болеющими (16,4 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Статистически значимое повышение изучаемого индикатора выявлено и под влиянием фактора продолжительности терапии. Группы первичных пациентов, получающих атипичные антипсихотики, и реабилитируемые больные продемонстрировали максимальные значения ($p < 0,05$).

Анализ соразмерности показателя социального интеллекта в исследуемых группах с результатами лечения по разработанной шкале комплексной оценки показал, что динамика показателя социального интеллекта соизмерима с динамикой результата лечения (Таблица 4.28, Рисунок 4.26).

Таблица 4.28 – Оценка состояния пациентов исследуемых групп по методике «Hinting Task» и по шкале комплексной оценки результата лечения (баллы)

Признак	Группы (I и IV этапы)															
	IT		ITR		IA		IAR		IIT		IITR		IIA		IIAR	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Итого по методике «Hinting Task»	15,9	15,8	18,3	19,0	18,5	19,3	19,3	19,5	13,1	12,0	15,5	16,5	18,1	18,1	19,0	19,0
Результат лечения по шкале комплексной оценки	2,2	2,1	2,6	2,7	2,7	2,8	2,8	3,0	2,0	1,9	2,4	2,5	2,7	2,7	2,8	2,8

Учитывая то, что оценка по методике «Hinting Task» осуществляется от 0 до 20 баллов (в настоящем исследовании средние значения оценки в группах получены в пределах от 12,0 до 19,5 балла), тогда как оценка результатов лечения по комплексной шкале производится от 0 до 3 баллов и трудно на графике проиллюстрировать соразмерность изменения показателей, средние показатели оценки результатов лечения в исследуемых группах были умножены на 10 и на графике видны сопоставимые изменения результатов (Рисунок 4.26).

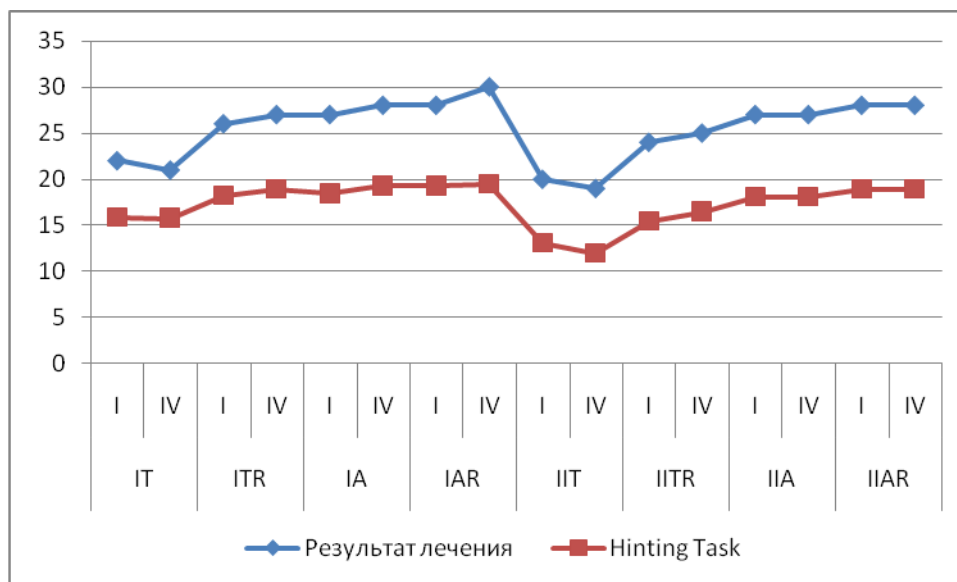


Рисунок 4.26 – Соразмерность оценки состояния пациентов изучаемой выборки в начале и конце лечения по методике «Hinting Task» со шкалой комплексной оценки результата лечения по предложенной схеме

Максимальные показатели социального интеллекта отмечены в IAR (18,3 балла на I этапе, 19,5 балла на IV), IIAR (19,0 баллов на обоих этапах),

IA (18,5 балла на I этапе, 19,3 балла на IV) и ITR (18,3 балла на I этапе и 19,0 на IV). Показатели результатов лечения, оцениваемых по предложенной шкале комплексной оценки, также имеют наивысшие баллы в группах: IAR (2,8 балла на I этапе, 3,0 на IV), IA (2,7 балла на I этапе, 2,8 на IV) и IAR (2,8 балла на обоих этапах наблюдения).

Таким образом, выявлены закономерности изменчивости показателя социального интеллекта в исследуемых выборках. Наиболее высоким показателем социального интеллекта является у пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитационными мероприятиями.

Получены значительные и тесные корреляции прямолинейной направленности между показателями социального интеллекта в исследуемых группах с показателями результата лечения по шкале комплексной оценки, коэффициент корреляции Спирмена варьирует в пределах от 0,72 до 0,87 (Таблица 4.29).

Таблица 4.29 – Матрица корреляций оценки социального интеллекта пациентов по шкале «Hinting Task» с комплексной оценкой результата лечения в изучаемой выборке в начале и конце лечения (r– коэффициент Спирмена)

Группа	Социальный интеллект	
	I этап	IV этап
IT	0,72	0,74
ITR	0,75	0,78
IA	0,77	0,76
IAR	0,85	0,87
IT	0,78	0,76
ITR	0,73	0,74
IA	0,79	0,77
IAR	0,80	0,81

Корреляционный анализ подтверждает улучшение результатов лечения по шкале комплексной оценки при увеличении показателя социального интеллекта, что доказывает объективную оценку данного показателя по шкале «Hinting Task».

Как результат влияния факторов, установлены направление и степень изменения параметра социального интеллекта в изучаемой выборке.

Наиболее впечатляющий эффект отмечен в группах первичных реабилитируемых пациентов, получающих атипичные антипсихотики.

По шкале комплексной оценки результата лечения на IV этапе наблюдения социальный интеллект в исследуемых группах был оценен следующим образом: хороший результат (2,6-3,0 балла) был достигнут во всех группах (IAR, IAR, IA, IA) пациентов, получающих атипичные нейролептики, такие факторы, как длительность расстройства и наличие реабилитации не продемонстрировали заметного влияния на изменение показателя социального интеллекта; хороший результат отмечен в ITR группе (2,7 балла), удовлетворительный результат (2,1-2,5 балла) отмечен в группах: PTR (2,5 балла), IT (2,1 балла); неудовлетворительный результат (1,0-2,0 балла) наблюдался лишь в IT (1,9 балла) группе.

Таким образом, наиболее высокие результаты «социального интеллекта» продемонстрировали группы, получающие терапевтический комплекс атипичных нейролептиков и психосоциальной реабилитации, наилучшие показатели были отмечены в конце лечения, что подтверждает повышение адаптационного потенциала реабилитируемых больных под влиянием реабилитационного компонента.

4.5. Динамика показателей комплаенса у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

Комплаенс отражает соблюдение режима назначенной терапии, четкое следование предписанным врачебным рекомендациям. COMPLAENS оценивается «Шкалой приверженности лечению Мориски-Грина», которая содержит четыре вопроса. Если пациент отвечает на 3-4 вопроса отрицательно («нет»), то это означает его комплаентность. Оценивается от 0 до 4 баллов. По шкале комплексной оценки результата лечения 0 соответствует «неудовлетворительному» результату, 1-2 – «удовлетворительному», 3-4 – «хорошему».

Пациенты II группы независимо от проводимой терапии имеют ниже балл комплаенса по сравнению с первичными пациентами на 5,7-36,0% в зависимости от группы исследования, различия статистически значимы ($p < 0,05$).

В группе первичных пациентов, получающих типичные антипсихотики, в начале и конце лечения индикатор приверженности терапии составил 2,5 балла, в группе длительно болеющих, получающих лечение типичными антипсихотиками, комплаенс был статистически значимо ниже и составил 1,8 балла ($p = 0,002$) в начале и 1,6 балла ($p = 0,001$) в конце наблюдения (на 12,1% ниже), эффект отрицательный, что, очевидно, связано с большим количеством побочных эффектов от проводимой терапии и недостаточным разъяснением необходимости точного соблюдения режима лечения. Различия комплаенса в ПТ группе на I и IV этапах лечения достигают статистической значимости ($p = 0,05$) (Таблица 4.30).

Таблица 4.30 – Комплаенс в исследуемой выборке в зависимости от проводимой терапии (баллы)

Группа	Этап	Min	Max	M	M	s	Me	ДИ -95	ДИ +95	25 %	75 %	Cv %	p
IT	I	2,0	3,0	2,5	0,1	0,3	2,3	2,7	2,5	2,2	2,7	12,4	0,9
	IV	1,8	3,0	2,5	0,1	0,4	2,2	2,7	2,5	2,1	2,8	15,7	
ITR	I	2,2	4,0	3,1	0,2	0,6	2,7	3,5	3,1	2,6	3,6	18,6	0,8
	IV	2,2	4,0	3,1	0,2	0,6	2,7	3,5	3,1	2,6	3,6	18,6	
IA	I	2,2	4,0	3,2	0,2	0,6	2,8	3,6	3,2	2,6	3,6	18,2	0,8
	IV	2,4	4,0	3,2	0,2	0,5	2,8	3,6	3,2	2,6	3,6	16,6	
IAR	I	3,0	4,0	3,4	0,1	0,3	3,2	3,6	3,4	3,2	3,6	8,8	0,07
	IV	3,0	4,0	3,5	0,1	0,3	3,3	3,7	3,5	3,2	3,7	9,1	
IT	I	1,4	2,2	1,8	0,1	0,3	1,7	2,0	1,8	1,6	2,0	13,9	0,05
	IV	1,2	2,0	1,6	0,1	0,3	1,5	1,8	1,6	1,4	1,8	15,6	
ITR	I	2,0	3,2	2,7	0,1	0,4	2,4	2,9	2,7	2,3	3,0	14,1	0,08
	IV	2,2	3,3	2,8	0,1	0,4	2,6	3,1	2,8	2,5	3,1	13,0	
IA	I	2,0	4,0	3,0	0,2	0,6	2,5	3,4	3,0	2,4	3,5	21,5	0,8
	IV	2,0	4,0	3,0	0,2	0,6	2,5	3,4	3,0	2,4	3,5	21,5	
IAR	I	2,2	4,0	3,2	0,2	0,6	2,8	3,6	3,2	2,6	3,6	18,2	0,04
	IV	2,4	4,0	3,3	0,2	0,5	2,9	3,6	3,4	2,9	3,6	16,4	

Примечание: p – различия в начале и конце наблюдения.

Под влиянием фактора реабилитации в начале лечения отмечалось повышение параметра в группах пациентов, получающих терапию типичными нейролептиками с реабилитацией, до 3,1 балла, различия статистически значимы ($p=0,01$) в группе первичных пациентов, до 2,7 балла в группе длительно болеющих; в конце наблюдения – до 2,8 балла ($p<0,05$), эффект составил 0,1 – малый ($s=0,9$) (Рисунок 4.27).

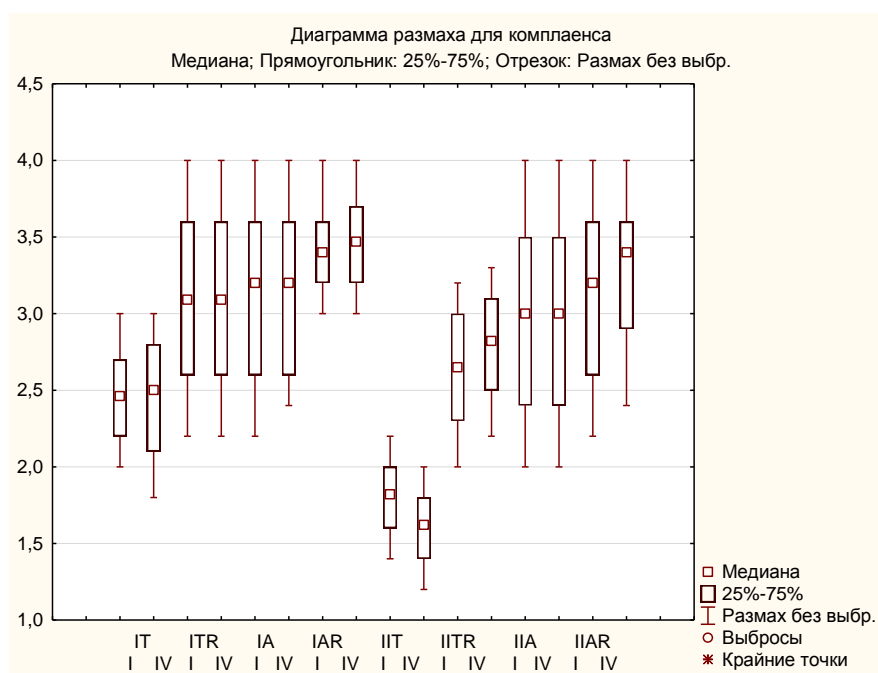


Рисунок 4.27 – Изменчивость показателя комплаенса в зависимости от проводимой терапии на I и IV этапах наблюдения

При назначении атипичных нейролептиков показатель комплаенса значительно выше по сравнению с типичными. Так, в IA группе он достигает 3,2 балла и на I, и на IV этапах наблюдения ($p<0,05$), в IIA группе – 3,0 балла также на обоих этапах лечения ($p<0,05$) (эффект нейтральный). При добавлении к лечению атипичными нейролептиками реабилитации показатель комплаенса повышается до 3,4 балла в IAR группе в начале и до 3,5 балла в конце лечения, различия статистически значимы по сравнению с IA группой ($p<0,05$), эффект малый ($s=1,1$; эффект=0,1). В IIAR группе показатели несколько ниже по сравнению с IAR, но превышают таковые по сравнению с IIA группой на 6,2% на I этапе наблюдения и на 9,1% на IV, различия статистически значимы ($p<0,05$).

При анализе изменений показателя комплаенса в парах групп, сформированных в зависимости от действия факторов влияния на результат лечения, выявлено, что атипичные нейролептики (3,2 и 3,3 балла соответственно на I и IV этапах) влияют более значительно на исход лечения по сравнению с типичными (2,5 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Наличие реабилитационных программ также положительно влияет на результат лечения. В реабилитируемых группах параметр комплаенса в начале наблюдения составил 3,1 балла, в конце – 3,2 балла по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (2,6 балла на обоих этапах наблюдения), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Таблица 4.31).

Таблица 4.31 – Влияние изучаемых факторов на показатели комплаенса в начале и конце наблюдения (GMe)

Фактор	Пары групп	Этап наблюдения		P
		I	IV	
Нейролептик	T	↓ 2,5*	↓ 2,5*	0,9
	A	↓ 3,2*	→ ↓ 3,3*	0,04
Реабилитация	NR	↓ 2,6*	↓ 2,6*	0,8
	R	↓ 3,1*	→ ↓ 3,2*	0,05
Длительность расстройства	>5 лет	↓ 2,7*	↓ 2,7*	0,9
	ППЭ	↓ 3,1*	↓ 3,1*	0,7

Примечание: * – различия параметров в пределах этапа; p – различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.

Фактор «длительность расстройства» также влияет на исход болезни. У первичных пациентов показатель комплаенса значительно выше (3,1 балла в начале и конце лечения) по сравнению с длительностью расстройства более пяти лет (2,7 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p = 0,02$). В зависимости от этапа лечения «правильный порядок» со статистически значимыми различиями ($p \leq 0,05$) отмечен в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики, и в группах реабилитируемых больных. В этих группах уровень комплаенса выше на IV этапе наблюдения.

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 (Таблица 4.32, Рисунок 4.28).

Таблица 4.32 – Оценка комплаенса пациентов исследуемых групп и результата лечения по шкале комплексной оценки (баллы)

Признак	Группы (I и IV этапы)															
	IT		ITR		IA		IAR		IIT		IITR		IIA		IIAR	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Шкала Мориски-Грина	2,5	2,5	3,1	3,1	3,2	3,2	3,4	3,5	1,8	1,6	2,7	2,8	3,0	3,0	3,2	3,3
Результат лечения по шкале комплексной оценки	2,1	2,1	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0	3,0	2,0	2,0	2,3	2,5	2,7	2,7	2,8	2,8

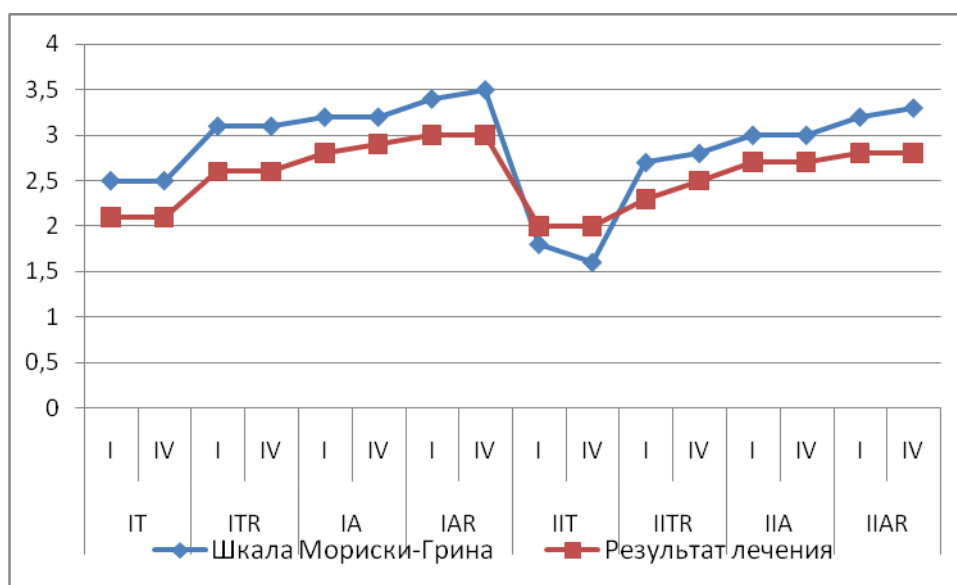


Рисунок 4.28 – Соразмерность оценки комплаенса пациентов изучаемой выборки в начале и конце наблюдения со шкалой комплексной оценки результатов лечения по предложенной схеме

Максимальные показатели комплаенса отмечены в IAR (3,4 балла на I этапе, 3,5 балла на IV), IIAR (3,2 и 3,3 балла соответственно), IA (3,2 балла), ITR (3,1 балла на обоих этапах). Показатели результатов лечения, оцениваемых по предложенной шкале комплексной оценки, также имеют наивысшие баллы в группах: IAR (3,0 балла на обоих этапах), IA (2,8 балла

на I и 2,9 балла на IV этапе наблюдения), ПАР (2,8 балла на обоих этапах) (Самойлова Д.Д., 2018).

Получены значительные и тесные корреляции прямой направленности между показателями комплаенса в исследуемых группах с показателями результата лечения по шкале комплексной оценки, коэффициент корреляции Спирмена варьирует в пределах от 0,62 до 0,82 (Таблица 4.33).

Таблица 4.33 – Матрица корреляций оценки комплаенса пациентов по шкале Мориски-Грина с комплексной оценкой результата лечения в изучаемой выборке в начале и конце лечения (r– коэффициент Спирмена)

Группа	Комплаенс	
	I этап	IV этап
IT	0,78	0,77
ITR	0,79	0,76
IA	0,62	0,68
IAR	0,80	0,82
IIТ	0,78	0,76
IIТR	0,77	0,81
IIA	0,67	0,65
IIAR	0,80	0,82

Корреляционный анализ подтверждает улучшение результатов лечения по авторской шкале комплексной оценки (ШКОРЛ) при увеличении показателя комплаенса, что говорит в пользу объективной оценки состояния пациентов по данной шкале.

Таким образом, выявлены закономерности изменчивости показателя комплаенса в исследуемых выборках. 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, психосоциальная реабилитация, длительность расстройства и лечения. Наиболее впечатляющий эффект отмечен в группах реабилитируемых пациентов, получающих атипичные нейролептики.

В конце лечения по предложенной шкале комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) хорошие показатели (2,6-3,0 балла) комплаенса отмечены в IAR (3,0), IIAR (2,8), ITR (2,6), IA (2,9), IIА (2,7 балла) группах; удовлетворительные показатели (2,1-2,5 балла) – в ITR (2,5), IT (2,1 балла); неудовлетворительные – в ITT группе (2,0 балла).

Таким образом, наилучший результат лечения в виде высокой приверженности лечению (комплаенса) и сохранности адаптационного потенциала, определяемых по «Шкале приверженности лечению Мориски-Грина» был отмечен у пациентов, получающих комплексную терапию атипичными нейролептиками с психосоциальной реабилитацией на IV этапе наблюдения.

4.6. Оценка и прогнозирование психического состояния больных параноидной шизофренией

Многими учеными было доказано, что шизофрения представляет собой прогрессирующее расстройство, приводящее к серьезным нарушениям различных психических сфер и влияющих на социальный и функциональный прогноз. Выявление и объективная комплексная оценка нарушений психического состояния позволяет не только определить результат лечения в динамике, но и прогнозировать состояние больных согласно результатам оценки по используемым шкалам (Лоскутова В.А., 2009).

Шизофрения – это психическое расстройство, при котором ключевыми являются три группы симптомов: продуктивные, негативные, когнитивные. Продуктивные и негативные симптомы оцениваются шкалой PANSS, когнитивная функция включает социальную когницию и нейрокогнитивное функционирование. Когнитивный дефицит рассматривается, как один из ключевых факторов, приводящих к формированию социальной дезадаптации у больных: социальное функционирование в большей степени зависит от

когнитивных возможностей, чем от продуктивной и даже негативной симптоматики.

Когнитивное функционирование оценивается методиками эмоционального интеллекта «Лица Экмана» и социального интеллекта «Hinting Task». Важной составляющей, влияющей на результат лечения, является соблюдение режима терапии, который оценивается применением шкалы оценки комплаенса Мориски–Грина.

Наряду с данными симптомами для комплексной оценки психического состояния больных необходимо применять опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, который выявляет субъективную оценку удовлетворенностью качеством жизни и уровнем социального функционирования (Самойлова Д.Д., 2018).

Предложенная и апробированная автором шкала комплексной оценки результата лечения (ШКОРЛ) охватывает все аспекты нарушения психического состояния больных параноидной шизофренией, что подтверждается выявленной тесной сопряженностью результата лечения с показателями по применяемым шкалам.

Корреляционный анализ позволил выявить 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 4.34).

Таблица 4.34 – Матрица корреляций результата лечения по шкале комплексной оценки с показателями диагностических шкал

Корреляции (Таблица данных) Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < 0,05$							
Показатель	Диагностические шкалы						
	КЖ и СФ	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

Регрессионный анализ – анализ вида зависимости одного признака (зависимого) от нескольких признаков (независимых), это один из методов

статистического моделирования, при котором моделью является уравнение регрессии с рассчитанными коэффициентами.

Целью регрессионного анализа является поиск таких комбинаций независимых признаков, которые достоверно (статистически значимо) прогнозируют значение зависимого признака. При получении регрессионного уравнения необходимо выполнять условие пошагового введения независимых мультиколлинеарных (коррелируемых) признаков.

Множественный регрессионный анализ позволил вывести формулы регрессионных уравнений для определения результата лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией, на основании параметров клинической шкалы позитивных и негативных симптомов PANSS (формула),

$$\text{Результат лечения} = 3,9 + P \times -0,96 + N \times -0,96 + G \times -0,95,$$

где:

P – продуктивные симптомы шкалы PANSS;

N – негативные симптомы шкалы PANSS;

G – общие симптомы шкалы PANSS.

А также на основании результатов диагностических методик «Hinting Task», «Лица Экмана» и «Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» (формула).

$$\text{Результат лечения} = 3,55 + \text{М-Г} \times 0,959 + \text{НТ} \times 0,841 + \text{ЛЭ} \times 0,777,$$

где:

М-Г – шкала приверженности лечению Мориски-Грина,

НТ – методика понимания намека «Hinting Task»,

ЛЭ – методика на распознавание эмоций «Лица Экмана».

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).

Учитывая факт, что опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных выявляет

субъективную оценку, посчитали возможным не вводить ее в число независимых переменных для определения результата лечения (зависимой переменной) при создании формулы регрессионных уравнений (Самойлова Д.Д., 2018).

Таким образом, в результате динамического наблюдения можно не только прогнозировать адаптационные возможности (на I этапе наблюдения), но и определять степень нарушения психических функций пациента (результат лечения) с целью дальнейшей коррекции схемы терапии или оптимизации терапевтического алгоритма. Адаптация терапевтического алгоритма подразумевает изменение режима проведения психореабилитационных мероприятий, учитывая степень выраженности психических расстройств, выявленных по разработанной шкале комплексной оценки результатов лечения (ШКОРЛ), что обеспечивает персонифицированную тактику ведения больных.

ГЛАВА 5. МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

5.1. Динамика показателей когнитивного функционирования у групп пациентов в зависимости от применяемой схемы терапии

В настоящее время имеется большое количество методик для оценки когнитивного функционирования, позволяющих выявлять его нарушения у больных шизофренией.

В работе предлагается использовать компьютеризированную версию теста Векслера не только в качестве диагностического теста, определяющего степень нарушения когнитивных функций, но и как метод когнитивного тренинга, для больных параноидной шизофренией (приложение Д). Данный тренинг рекомендован к применению в стационарном и амбулаторном психиатрических отделениях для уточнения когнитивного статуса и проведения реабилитационных программ пациентам.

Согласно поставленной цели исследования проводился сравнительный анализ полученных результатов в исследуемых группах в зависимости от длительности расстройства (ППЭ и пациенты с длительностью расстройства более пяти лет), проводимой фармакотерапии (типичные и атипичные антипсихотики), длительности лечения, а также наличия сопутствующих лечению психореабилитационных мероприятий.

Эффективность использования компьютеризированного варианта теста Векслера в качестве когнитивного тренинга на I этапе исследования была доказана на выборке пациентов с параноидной шизофренией (n=132) с длительностью расстройства более пяти лет. Исследования проводили два раза с интервалом 6 месяцев (Самойлова Д.Д., 2018).

Показатели когнитивного функционирования в исследуемых группах

В изучаемой выборке во всех группах диагностический тест Векслера проводился в обычном режиме (1 раз в год на протяжении 4 лет наблюдения) с предварительной проверкой на надежность (Самойлова Д.Д., 2018).

Надежность – относительное постоянство, устойчивость, согласованность результатов метода, при первичном и повторном его применении на одних и тех же испытуемых.

Надежность определяется коэффициентами: надежность измерительного инструмента (коэффициент надежности – Cr), определяется следующим образом: результаты всей совокупности делят на четный и нечетный вариационные ряды и выявляют корреляции между ними, при $r > 0,75$ инструмент считается надежным; стабильность изучаемого признака (коэффициент стабильности – Cs), о стабильности метода судят по коэффициенту корреляции между результатами 1-го и 2-го обследования (r не должен быть ниже 0,80).

Корреляция между результатами в четном и нечетном вариационных рядах составила 0,87. Связь между показателями 1-го и 2-го обследования составила 0,90. Таким образом, $C_r = 0,87$; $C_s = 0,90$; что доказывает надежность диагностического теста.

Так, степень нарушения когнитивного функционирования в ПТ группе (пациенты с длительностью расстройства более пяти лет, получающие типичные нейролептики без применения реабилитационных мероприятий) на I этапе в среднем составила 93,7 балла (89,0–98,0 баллов) и снизилась к IV этапу исследования до 84,7 балла (80,0–90,0 баллов), различия статистически значимы ($p = 0,000$).

В ПТР группе (пациенты с длительностью расстройства более пяти лет, получающие типичные нейролептики с реабилитацией) показатель когнитивного функционирования оказался выше, чем в предыдущей группе на 5,6% на I этапе ($M_e = 97,2$ балла, $A = 87,0–104,0$ балла) и на 11,8% на IV

этапе наблюдения ($Me=96,0$ баллов, $A=91,0-108$), различия статистически значимы ($p<0,05$); в ПТР группе между этапами лечения статистически значимых различий не выявлено ($p=0,4$).

В ПА группе (пациенты с длительностью расстройства более пяти лет, получающие атипичные нейролептики без реабилитации) данный показатель составил $96,0$ баллов ($91,0-108,0$ баллов) на I этапе и $101,2$ балла ($93,0-110,0$ баллов) на IV этапе, т.е. увеличился в $5,1\%$ ($p=0,00003$).

В ПАР группе (пациенты с длительностью расстройства более пяти лет, получающие атипичные нейролептики в комплексе с реабилитацией) на I этапе наблюдения состояние когнитивных функций оценивалось выше по сравнению с аналогичной группой нереабилитируемых пациентов на $6,7\%$ ($Me=102,9$ балла, $A=88,0-110,0$ баллов) ($p=0,000$) и на IV этапе – на $5,2\%$ ($Me=107,9$ балла, $A=100,0-115,0$ баллов) ($p=0,000$) (Таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Показатели нарушения когнитивных функций в исследуемых группах при проведении диагностического теста Векслера (баллы)

Группа	Этап	Min	Max	M	m	S	Me	ДИ -95	ДИ +95	25%	75%	Cv%	p
ПТ	I	89,0	98,0	93,7	2,8	6,8	93,7	91,9	95,5	92,0	96,0	7,3	0,000
	IV	80,0	90,0	84,7	3,0	7,0	84,7	82,6	86,8	82,0	87,0	8,3	
ПТР	I	87,0	104,0	97,2	3,4	7,4	97,2	94,1	100,3	93,0	102,0	7,6	0,4
	IV	91,0	108,0	97,7	3,8	7,8	96,0	93,8	101,6	93,0	104,0	8,0	
ПА	I	91,0	108,0	97,7	3,8	7,8	96,0	93,8	101,6	93,0	104,0	8,0	0,00003
	IV	93,0	110,0	101,2	3,8	7,8	101,2	97,5	104,9	96,0	106,0	7,7	
ПАР	I	88,0	110,0	102,9	3,5	7,5	102,9	99,5	106,3	98,0	108,0	7,3	0,000
	IV	100,0	115,0	107,9	3,5	7,5	107,9	104,5	111,3	103,0	113,0	7,0	
ПТ	I	99,0	120,0	110,5	3,9	7,9	110,5	106,2	114,8	105,0	116,0	7,1	0,000
	IV	102,0	122,0	113,1	4,0	8,0	114,0	108,5	117,7	106,0	119,0	7,1	
ПА	I	109,0	121,0	115,0	3,3	7,3	115,0	112,2	117,8	111,0	119,0	6,3	0,000
	IV	115,0	125,0	119,6	2,9	6,9	119,6	117,6	121,6	117,0	122,0	5,8	
ПТР	I	89,0	120,0	114,7	3,0	7,0	114,7	112,6	116,8	112,0	117,0	6,1	0,000
	IV	115,0	123,0	119,4	2,8	6,8	119,4	117,6	121,2	117,0	122,0	5,7	
ПАР	I	90,0	130,0	118,9	4,0	8,0	118,9	114,5	123,3	113,0	124,0	6,7	0,002
	IV	113,0	138,0	121,6	4,1	8,1	121,0	116,9	126,3	117,0	125,0	6,7	

Среди пациентов с первым психотическим эпизодом (в ПТ, ПА, ПТР, ПАР группах) максимальные показатели когнитивного функционирования отмечены у пациентов, получающих реабилитацию в сочетании с

атипичными антипсихотиками (в IAR группе), они составили 118,9 балла (90,0-130,0 баллов) на I этапе наблюдения и 121,0 балл (113,0–138,0 баллов) на IV этапе лечения. На IV этапе по сравнению с I показатели увеличились на 1,7%, различия статистически значимы ($p=0,002$).

В ITR группе когнитивные показатели по сравнению с IAR группой были несколько ниже, но статистически значимые различия отмечены лишь на I этапе наблюдения 3,5% ($p=0,002$). На IV этапе лечения статистически значимых различий между данными группами не выявлено ($p=0,1$). В ITR группе в зависимости от длительности лечения показатель увеличился от 114,7 балла (89,0–120,0 баллов) до 119,4 балла (115,0–123,0 баллов) на 3,9%, различия статистически значимы ($p=0,000$). В группах нереабилитируемых пациентов когнитивные показатели находились в довольно широком диапазоне от 99,0 до 122,0 баллов (Рисунок 5.1).

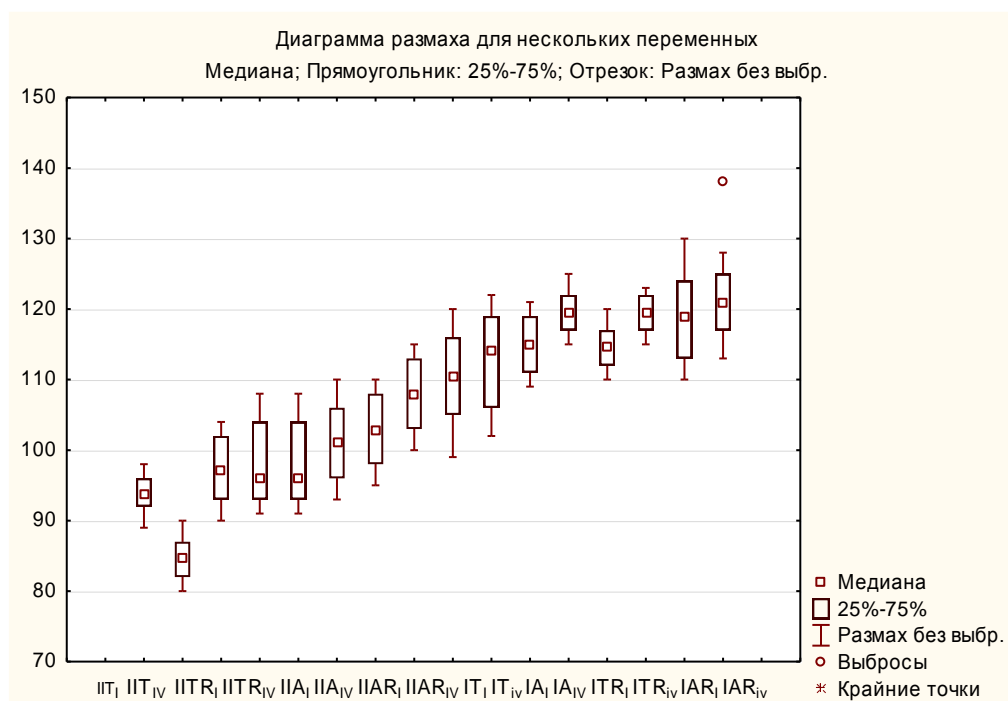


Рисунок 5.1 – Изменчивость степени когнитивных нарушений в исследуемых группах при проведении диагностического теста Векслера

В IT группе они составляли 110,5 балла (99,0–120,0 баллов) на I этапе и 114,0 баллов (102,0–122,0 баллов) на IV. В IA группе показатели были выше на 3,9% (Me=115,0 баллов) на I этапе и на 4,7% выше (Me=119,6 балла) на IV

этапе лечения, различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

В данных группах показатели статистически значимо увеличиваются в зависимости от длительности терапии ($p < 0,05$).

Вариабельность признака «показатель когнитивных функций» ниже средней, коэффициент вариации находится в диапазоне от 5,7 до 8,3%.

Таким образом, полученные результаты показали, что максимальные нарушения когнитивных функций диагностированы у длительно болеющих пациентов, получающих типичные нейролептики без применения реабилитации (у пациентов данных групп состояние когнитивной сферы оценивалось ниже нормы). Более высокие показатели когнитивных функций в структуре адаптационных механизмов наблюдали у пациентов, получающих атипичные нейролептики. И достаточно высокие показатели когнитивного функционирования (уровень интеллекта) были выявлены у первичных пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитирующими программами.

Практически во всех исследуемых группах показатели когнитивного функционирования улучшались в зависимости от длительности лечения (на IV этапе были выше по сравнению с I), исключение составила III группа (с длительностью расстройства более пяти лет, получающие типичные нейролептики без реабилитации), в которой к IV этапу терапии показатели снизились.

В исследуемых группах в зависимости от проводимой терапии соотношение пациентов с различной выраженностью когнитивных нарушений на I этапе значительно различалось. У большинства пациентов с первым психотическим эпизодом отмечалось относительно высокая сохранность когнитивных функций (Самойлова Д.Д., 2018).

В ITR группе 31,4% пациентов (11 из 35) имели высокий уровень когнитивной сохранности (≥ 120), 54,3% больных (19 из 35) показали баллы от 90 до 119; 14,3% (5 из 35) пациентов имели интеллект ниже 89 баллов по

тесту Векслера. Из 64 пациентов IT группы основная масса пациентов продемонстрировала средний уровень когнитивных нарушений (46 пациентов, 71,9%). Основная масса пациентов, получающих атипичные нейролептики, показали высокие баллы по тесту Векслера (61,3%, 38 из 62 в группе IAR и 65,7%, 23 из 35 в группе IA) (Самойлова Д.Д., 2018).

У большинства пациентов с длительностью расстройства более пяти лет отмечены выраженные когнитивные нарушения (≤ 89 баллов): 86,7% (26 из 30) в IT; 66,2% (45 из 68) в IAR; 56,5% (35 из 62) в IA группах (Таблица 5.2, Рисунок 5.2).

Таблица 5.2 – Количество пациентов (абс. и %) в исследуемых группах с различной степенью когнитивных нарушений, выявленных с помощью диагностического теста Векслера на I этапе наблюдения

Группа	n	Баллы по тесту Векслера					
		≤ 89		90-119		≥ 120	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
IAR	62	2	3,2	22	35,5	38	61,3
IA	35	1	2,9	11	31,4	23	65,7
ITR	35	5	14,3	19	54,3	11	31,4
IT	64	10	15,6	46	71,9	8	12,5
IIAR	68	45	66,2	15	22,1	8	11,8
IIA	62	35	56,5	26	41,9	1	1,6
Итого	420	145	34,5	180	42,9	95	22,6

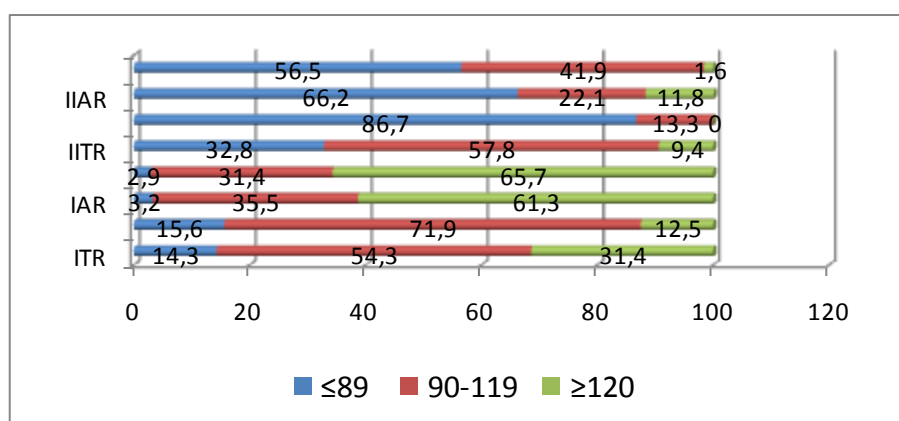


Рисунок 5.2 – Соотношение пациентов в исследуемых группах с различной степенью когнитивных нарушений, выявленных с помощью диагностического теста Векслера на I этапе наблюдения

Исключение составили пациенты, получающие комплекс типичных антипсихотиков с реабилитацией, большинство пациентов (57,8%, 37 из 64)

этой группы имели средние показатели когнитивного функционирования (90-119 баллов) (Самойлова Д.Д., 2018).

На IV этапе наблюдения пять пациентов выбыли по различным причинам переезда в другую местность (n=415). Так, из ПА группы выбыли 2 пациента (осталось 60 из 62 человек), из IT группы выбыло трое (осталось 61 из 64 человек).

На IV этапе наблюдения у пациентов с первым психотическим эпизодом, получающих типичные нейролептики, у большинства пациентов отмечали среднюю степень выраженности когнитивных нарушений: в IT группе 67,2% (41 из 61), в ITR – 51,4% (18 из 35); с низкими показателями когнитивных функций в этих группах было 19,7% (12 из 61) и 17,1% (6 из 35) пациентов; с высокими показателями когнитивных функций количество пациентов составило 13,1% (8 из 61) и 31,4% (11 из 35) соответственно. Большинство пациентов, получающих атипичные нейролептики, имели высокие показатели когнитивного функционирования: 67,7% (42 из 62) в IAR группе и 68,6% (24 из 35) – в IA группе; средние показатели когнитивных нарушений в этих группах имели 30,6% (19 из 62) и 28,6% (10 из 35); низкие когнитивные показатели отмечены в 1,6% (1 из 62) и 2,9% (1 из 35) соответственно (Самойлова Д.Д., 2018) (Таблица 5.3, Рисунок 5.3).

Таблица 5.3 – Количество пациентов (абс. и %) в исследуемых группах с различной степенью когнитивных нарушений, выявленных с помощью диагностического теста Векслера на IV этапе наблюдения

Группа	n	Баллы по тесту Векслера					
		≤89		90-119		≥120	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ITR	35	6	17,1	18	51,4	11	31,4
IT	61	12	19,7	41	67,2	8	13,1
IAR	62	1	1,6	19	30,6	42	67,7
IA	35	1	2,9	10	28,6	24	68,6
ITR	64	21	32,8	37	57,8	6	9,4
IT	30	26	86,7	4	13,3	0	0
PAR	68	45	66,2	15	22,1	8	11,8
ПА	60	35	58,3	24	40	1	1,7
Итого	415	147	35,4	168	40,5	100	24,1

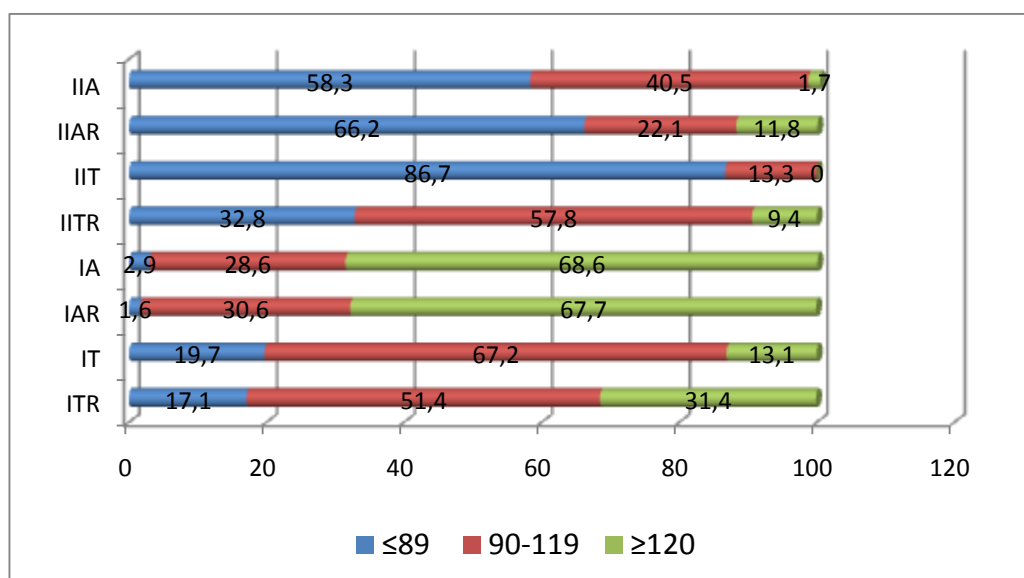


Рисунок 5.3 – Соотношение пациентов в исследуемых группах с различной степенью когнитивных нарушений, выявленных с помощью диагностического теста Векслера на IV этапе наблюдения

Среди длительно болеющих у большинства пациентов отмечен низкий уровень когнитивного функционирования: в ИТ группе – 86,7% (26 из 30), в ИАР – 66,2% (45 из 68), в ИА – 58,3% (35 из 60), в ИТР – 32,8% (21 из 64). Средние показатели когнитивных функций в этих группах составили у 13,3% (4 из 30), 57,8% (37 из 64), 40% (24 из 60), 22,1% (15 из 68) соответственно. Высокие значения балла по шкале Векслера наблюдали в ИАР группе 11,8% (8 из 68), в ИТР – 9,4% (6 из 64), в ИА – 1,7% (1 из 60); в ИТ группе таких пациентов не оказалось (Самойлова Д.Д., 2018).

В группах реабилитируемых пациентов (IAR, ITR, IIAR, IITR), кроме диагностического варианта, тест Векслера проводился в качестве психореабилитационного тренинга, кратность применения устанавливали в зависимости от степени когнитивных нарушений и этапа нахождения пациентов (Самойлова Д.Д., 2018).

На I этапе наблюдения (при нахождении в стационарном отделении психосоциальной реабилитации) из 68 пациентов ИАР группы у 7 (10,3%), из 64 пациентов ИТР группы у двоих (3,1%), у 5 пациентов ИТР из 35 (14,3%) и у троих из 62 пациентов (4,8%) из IAR группы когнитивный дефицит был ниже 89 баллов, таким образом, 17 пациентам (7,6%) было назначено

проведение теста Векслера в качестве психореабилитационного тренинга три раза в месяц. 89,7% пациентов ПАР группы, 68,8% из группы ПТР, 57,1% из ITR и 30,7% из IAR группы нуждались в проведении тренинга два раза в месяц (Самойлова Д.Д., 2018).

Остальные пациенты (28,1% из ПТР группы, 28,6% из ITR группы и 64,5% из IAR группы) имели достаточный когнитивный уровень, режим проведения теста Векслера был 1 раз в месяц (Самойлова Д.Д., 2018) (Таблица 5.4, Рисунок 5.4).

Таблица 5.4 – Распределение пациентов в зависимости от степени когнитивных нарушений на I этапе наблюдения (длительность реабилитации 1 месяц)

Группа	N	Баллы по тесту Векслера					
		≤89 (3 раза в месяц)		90-119 (2 раза в месяц)		≥120 (1 раз в месяц)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ПАР	68	7	10,3	61	89,7	0	0
ПТР	64	2	3,1	44	68,8	18	28,1
ITR	35	5	14,3	20	57,1	10	28,6
IAR	62	3	4,8	19	30,7	40	64,5
Итого	229	17	7,4	144	62,9	68	29,7

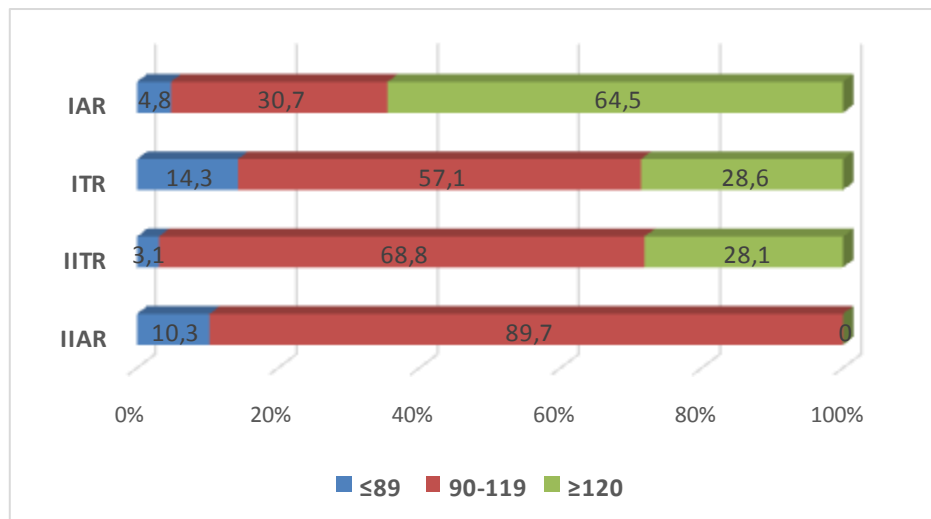


Рисунок 5.4 – Соотношение пациентов с различной степенью когнитивных нарушений в реабилитируемых группах на I этапе наблюдения

На последующих этапах лечения (стационарное или амбулаторное отделения психосоциальной реабилитации) динамика соотношения больных с различной степенью когнитивных нарушений менялась, при изменении когнитивного функционирования кратность проведения когнитивного

тренинга изменялась от одного до трех раз в месяц (на стационарном этапе реабилитации в течение месяца при уровне интеллекта 89 баллов и ниже когнитивный тренинг проводится 1 раз в неделю (3 недели), при уровне интеллекта 90-119 баллов – 1 раз в неделю (2 недели), 120 баллов и выше – 1 раз в месяц; при амбулаторной реабилитации в течение года при уровне интеллекта 120 баллов и более когнитивный тренинг назначался 1 раз в месяц, 90-119 баллов – 2 раза в месяц, ниже 89 баллов – 3 раза в месяц (Самойлова Д.Д., 2018).

На IV этапе (при нахождении в амбулаторном отделении психосоциальной реабилитации) распределение больных с различной степенью когнитивного дефицита было следующим. В ПАР группе 12 пациентов из 68 (17,6%) имели выраженные когнитивные нарушения (≤ 89 баллам), 42 (61,8%) – среднюю степень (90-119 баллов) и 14 (20,6%) вошли в группу с достаточным когнитивным функционированием; в ПТР группе: 7 из 64 (10,9%), 27 (42,2%) и 30 (46,9%); в ИТР группе: 3 из 35 (8,6%), 10 (28,6%) и 22 (62,9%); в IAR группе: 1 из 62 (1,6%), 4 (6,5%) и 57 (91,9%) соответственно (Самойлова Д.Д., 2018) (Таблица 5.5, Рисунок 5.5, 5.6).

Таблица 5.5 – Распределение реабилитируемых пациентов в зависимости от степени когнитивных нарушений на IV этапе наблюдения (длительность реабилитации 1 год)

Группа	N	Баллы по тесту Векслера					
		≤ 89 (3 раза в месяц)		90-119 (2 раза в месяц)		≥ 120 (1 раз в месяц)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ПАР	68	12	17,6	42	61,8	14	20,6
ПТР	64	7	10,9	27	42,2	30	46,9
ИТР	35	3	8,6	10	28,6	22	62,9
IAR	62	1	1,6	4	6,5	57	91,9
Итого	229	23	10,3	83	37,1	123	53,7

На IV этапе наблюдения был проведен анализ средних показателей когнитивного функционирования в исследуемых группах (Рисунок 5.1.6). Выявлено, что в реабилитируемых группах (IAR, ИТР, ПАР, ПТР) когнитивный уровень статистически значимо выше по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (IA, IT, IA, IT) ($p < 0,05$) на 15,2, 18,7, 19, 7,7% соответственно.

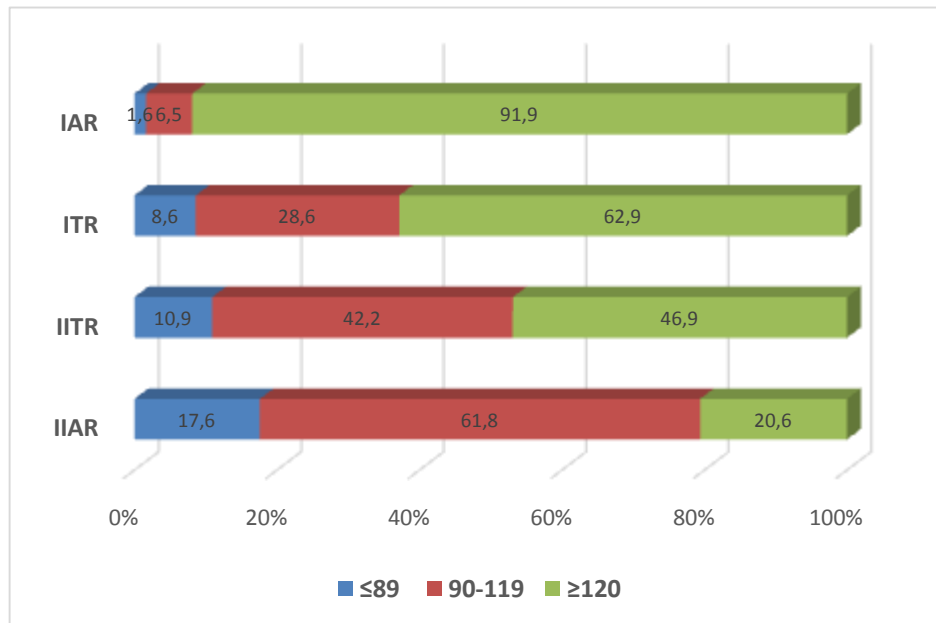


Рисунок 5.5 – Соотношение пациентов с различной степенью когнитивных нарушений в реабилитируемых группах на IV этапе наблюдения

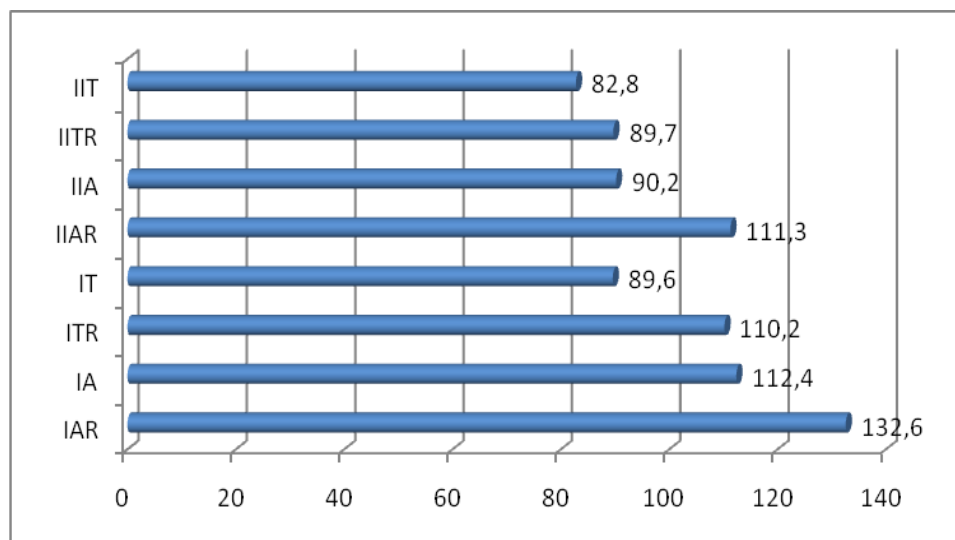


Рисунок 5.6 – Средние показатели когнитивных нарушений в исследуемых группах на IV этапе наблюдения

Таким образом, уровень когнитивного функционирования как одного из важнейших факторов социальной адаптации оказался выше у первичных пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с прихореабилитационными программами. 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 по сравнению с типичными на когнитивные функции даже у длительно болеющих пациентов (Самойлова Д.Д., 2018).

Несмотря на отмеченное нами улучшение параметров когнитивного функционирования у больных параноидной шизофренией при применении атипичных антипсихотиков в сочетании с психосоциальной реабилитацией, большинство из показателей не достигало нормы (90 баллов и выше) 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 (от одного до трех раз в месяц) со сравнением полученных результатов с данными предыдущих обследований, что обеспечивает персонализированный подход к ведению больных шизофренией (Иванов М.В., Янушко М.Г., 2011; (Самойлова Д.Д., 2018).

5.2. Роль родственников в системе психосоциальной терапии больных параноидной шизофренией

В основе современной патогенетической теории психических расстройств рассматривается сложный комплекс взаимодействия биологических, средовых и поведенческих факторов, нуждающийся в биопсихосоциальной модели терапии, которая должна иметь два основных направления: психофармакотерапевтическое для купирования психотической симптоматики и восстановления когнитивных функций и психосоциальное вмешательство, направленное на формирование модели оптимального взаимодействия «пациент-родственник» или «пациент-семья» и создание в зоне ближайшего социального окружения системы поддержки, способствующей повышению устойчивости к стрессу, обусловленному манифестацией заболевания (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., 2020; Ривкина Н.М., Сальникова Л.И., 2009; Falloon I.R.H., 2003).

Первый психотический эпизод (длительность расстройства менее 5 лет) значительно влияет на все аспекты жизни семьи и представляет собой тяжелый психоэмоциональный стресс, связанный с потерей планов на будущее, трудностями ежедневного ухода за пациентом, финансовой нагрузкой, уменьшением социального общения, стигматизацией. Дебют психических расстройств приводит к изменениям всей системы внутрисемейного взаимодействия. Тип реакции семьи на болезнь близкого связан с особенностями развития начала расстройства. Анализ типа реакции дает возможность определить дифференцированные подходы к созданию модели взаимодействия «пациент-семья». При остром развитии манифеста заболевания родственники обычно реагируют по типу «гиперболизации», т.е. преувеличения тяжести состояния, но реакция может быть направлена и в сторону минимизации проблемы. Родственникам необходимо время для адаптации к ситуации. При подостром развитии заболевания родственникам свойственна реакция рационализации, которая проявляется в недооценке серьезности ситуации. При затяжном течении психического расстройства развивается реакция по типу гиперопеки, что приводит к снижению устойчивости к стрессу и усложняет процесс реабилитации. Для уменьшения сроков адаптации к сложившейся ситуации с родственниками необходимо проводить обучающие психообразовательные беседы, направленные на формирование объективных представлений о состоянии и возможностях больного (Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021; Ривкина Н.М., Сальникова Л.И., 2009).

Известно, что уровень знаний родственников о психической проблеме у члена семьи значительно влияет на результат лечения. Поэтому была проведена оценка данных знаний в группах исследования по карте-опроснику «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сильникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002).

Карта включает 16 вопросов, от 1 до 5 баллов каждый, максимальная оценка составляет 80 баллов. Если на все вопросы получено 5 баллов, минимальная оценка в 16 баллов означает, что на все вопросы получен отрицательный ответ (1 балл). При оценке в 16-36 баллов уровень знаний родственника о болезни пациента низкий, в 37-58 баллов – «средний», в 59-80 баллов – «высокий».

Групповая медиана уровня знаний родственников и эффективности психообразовательной программы в исследуемых группах варьировала в довольно широких пределах (от 23,0 баллов в IT группе на I этапе наблюдения до 65,0 баллов в IAR группе на IV этапе). Во всех исследуемых группах отмечено повышение показателя на IV этапе наблюдения в сравнении с I, что, по-видимому, связано с увеличением степени вовлеченности в процесс реабилитации родственников пациентов. При анализе пар нереабилитируемых и реабилитируемых групп, в которых более широко и активно проводилась психообразовательная работа с родственниками, выявлено, что в группах пациентов, получающих реабилитацию, частью которой и была вовлеченность родственников в процесс терапии, показатель уровня знаний родственников пациентов был статистически значимо выше по сравнению с нереабилитируемыми группами. Так, в IT группе данный показатель составил 36,5 баллов на I этапе и 43,0 балла на IV этапе наблюдения ([25,0-58,0]; [30,0-67,0]), в ITR группе показатель соответственно составил на I этапе – 52,0 баллов и на IV – 57,5 балла ([40,0-66,0]; [46,0-72,0]) (Таблица 5.6, Рисунок 5.7).

В группе пациентов, получающих атипичные нейролептики (IA), показатель составил на I и IV этапах соответственно 42,0 и 50,0 баллов ([27,0-59,0]; [33,0-70,0]), что статистически значимо меньше по сравнению с IAR группой – 55,5 и 65,0 балла ([49,0-61,0]; [55,0-69,0]) ($p < 0,01$).

Таблица 5.6 – Показатели уровня знаний родственников пациентов о психической болезни и эффективности психообразовательной программы в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

Группа	Этап	Min	Max	M	m	s	Me	25%	75%	Cv%	P ₁	P ₂
IT	I	20,0	65,0	39,5	2,9	6,8	36,5	25,0	58,0	17,2	0,00	0,00
	IV	27,0	73,0	47,0	3,2	7,4	43,0	30,0	67,0	15,7		
IA	I	16,0	68,0	42,1	3,1	6,9	42,0	27,0	59,0	16,4	0,00	
	IV	25,0	76,0	50,9	3,2	7,4	50,0	33,0	70,0	14,5		
ITR	I	18,0	68,0	50,6	2,9	6,6	52,0	40,0	66,0	13,0	0,00	
	IV	25,0	78,0	57,0	3,1	7,0	57,5	46,0	72,0	12,3		
IAR	I	34,0	65,0	53,3	1,5	9,8	55,5	49,0	61,0	18,4	0,00	
	IV	35,0	75,0	59,6	2,2	9,2	65,0	55,0	69,0	15,4		
IIT	I	16,0	40,0	23,9	1,2	4,0	23,0	19,0	27,0	16,7	0,00	
	IV	24,0	46,0	30,8	1,1	6,1	30,0	26,0	32,0	19,7		
IIA	I	18,0	61,0	37,3	2,4	7,2	40,0	23,0	45,0	19,3	0,00	
	IV	27,0	72,0	46,0	2,4	7,2	49,0	31,0	52,0	15,7		
IITR	I	18,0	62,0	41,0	2,8	6,8	40,5	26,0	59,0	16,6	0,00	
	IV	25,0	73,0	49,9	3,1	6,5	52,0	30,0	67,0	13,0		
IIAR	I	19,0	64,0	42,9	3,1	6,1	41,5	24,0	60,0	14,2	0,00	
	IV	29,0	71,0	51,0	2,9	8,9	50,0	33,0	67,0	17,5		

Примечание. P₁ – различия между этапами, P₂ – различия между реабилитируемыми и нереабилитируемыми группами.



Рисунок 5.7 – Результат оценки уровня знаний родственников пациентов о психической болезни и эффективности психообразовательной программы в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

Во II группе, несмотря на длительность расстройства, наблюдалась подобная тенденция. В реабилитируемых группах и на I, и особенно на IV этапе наблюдения показатели данного признака были статистически значимо выше по сравнению с нереабилитируемыми группами ($p < 0,01$). Вариабельность признака средняя и находится в диапазоне от 12,3 до 19,7%.

Таким образом, «Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» для родственников пациентов с шизофренией демонстрирует в разных группах различный уровень влияния родственников на психическое состояние больных, который может расцениваться как один из методов реабилитации.

Для формирования психореабилитационных программ была разработана «Анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией», которая включает три блока. Первый блок направлен на оценку психологической поддержки пациента. Он содержит 10 вопросов. При положительной оценке на вопрос ответу присваивается 2 балла, при отрицательной – 1.

I блок. Необходимость психологической поддержки пациента:

1. Считаете ли Вы, что достаточно осведомлены о психическом расстройстве, которым страдает ваш родственник?

- а) да
- б) нет

2. Заинтересованы ли Вы в получении новой информации о данном психическом расстройстве?

- а) да
- б) нет

3. Было бы полезным для Вас узнать опыт других семей?

- а) да
- б) нет

4. Сможете ли Вы распознать обострение психического расстройства у Вашего родственника?

а) да

б) нет

5. Имеете ли Вы четкое представление о профилактике обострений психического расстройства?

а) да

б) нет

6. Осведомлены ли Вы о немедикаментозных методах профилактики обострений психического расстройства?

а) да

б) нет

7. Вмешиваетесь ли Вы в процесс лечения Вашего родственника?

а) да

б) нет

8. Достаточно ли Вы осведомлены о социальных аспектах поддержки людей с психическими расстройствами (социальные пособия, дома интернаты и т.д.)?

а) да

б) нет

9. Как Вы считаете, нуждается ли Ваш родственник в психосоциальной реабилитации?

а) да

б) нет

10. Знаете ли Вы, как помочь Вашему родственнику преодолеть социальные и психологические трудности, связанные с его психическим расстройством?

а) да

б) нет.

Максимальная оценка поддержки пациента при положительных ответах на все вопросы составляет 20 баллов, минимальная – при отрицательных ответах на все вопросы – 10. Таким образом, при сумме от 17

до 20 баллов поддержка пациента считается хорошей (достаточной), от 13 до 16 баллов – удовлетворительной, от 10 до 12 баллов – неудовлетворительной.

Второй блок служит для оценки поддержания партнерских отношений с лечащим врачом и содержит 8 вопросов.

II блок. Необходимость поддержания партнерских отношений с врачом-психиатром:

11. Доверяете ли Вы своему врачу-психиатру?

- а) да
- б) нет

12. Готовы ли вы сотрудничать с психиатром в вопросах подбора терапии для Вашего родственника?

- а) да
- б) нет

13. Готовы ли вы обеспечить пациенту систематическое наблюдение у врача?

- а) да
- б) нет

14. Считаете ли Вы, что врач является партнером Вашего родственника в процессе терапии?

- а) да
- б) нет

15. Считаете ли Вы, что взаимодействие с врачом является элементом реабилитационного процесса для Вашего родственника?

- а) да
- б) нет

16. При возникновении вопросов по лечению Вашего родственника обратитесь ли Вы к лечащему врачу?

- а) да
- б) нет

17. Считаете ли Вы, что коррекцию лечения должен проводить только лечащий врач?

- а) да
- б) нет

18. Если состояние Вашего родственника будет вызывать у Вас опасения, свяжетесь ли Вы с врачом-психиатром или будете ждать улучшения состояния?

- а) да
- б) нет

При результате оценки в 14-16 баллов партнерские отношения с врачом считаются оптимальными («достаточными»), 11-13 баллов – «удовлетворительными», 8-10 баллов – «недостаточными».

Третий блок оценивает понимание необходимости длительной непрерывной терапии и также содержит 8 вопросов.

III блок. Необходимость длительной фармакотерапии:

19. Согласны ли Вы с необходимостью длительного (постоянного) приема поддерживающей терапии Вашим родственником?

- а) да
- б) нет

20. Контролируете ли Вы прием поддерживающего лечения Вашим родственником?

- а) да
- б) нет

21. Имеете ли Вы представление об осложнениях и побочных эффектах медикаментозной терапии психических расстройств?

- а) да
- б) нет

22. Считаете ли Вы, что при возникновении побочных эффектов необходимо обратиться к лечащему врачу?

- а) да

б) нет

23. Считаете ли Вы, что психотропные препараты необходимы для лечения?

а) да

б) нет

24. Считаете ли Вы, что длительное непрерывное применение психотропных средств не отразится на состоянии внутренних органов (например, мозга, почек, печени и т.д.)?

а) да

б) нет

25. Считаете ли Вы, что психотропные препараты не более опасны, чем другие лекарства?

а) да

б) нет

26. Считаете ли Вы, что психотропные препараты не опасны в плане развития привыкания?

а) да

б) нет

При результате оценки понимания необходимости длительной непрерывной терапии в 14-16 баллов влияние родственников на результат лечения считается положительным («достаточным»), 11-13 баллов – «удовлетворительным», 8-10 баллов – «недостаточным».

Таким образом, при общей сумме баллов 26-34 отношение родственников к терапии пациентов с шизофренией оценивается как «недостаточное», при 35-43 баллах – «удовлетворительное», при 44-52 баллах – «достаточное».

На I этапе наблюдения была выявлена надежность «Анкеты участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией», разработанной автором. Затем определялась разность результатов анкетирования родственников у реабилитируемых (n=97) и нереабилитируемых (n=99) больных параноидной шизофренией с

ППЭ. Такие выборки были скомпонованы для того, чтобы совокупности были гомогенны, однородны. Исследования надежности метода проводили в два этапа в 1-ом и 2-ом полугодиях. Сг между четным и нечетным вариационными рядами составил 0,88; Cs между результатами 1-го и 2-го обследования составил 0,86. Таким образом, надежность метода можно считать высокой.

Предложенная анкета показывает в исследуемых группах диапазон изменчивости показателя участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

Вариабельность признака средняя, коэффициент вариации находится в диапазоне от 11,6 до 19,8%.

В группах пациентов с проведением реабилитационных мероприятий показатель отношения родственников к терапии был статистически значимо выше: в ITR группе уровень отношения к терапии на I этапе наблюдения равнялся 42,5 балла [37,0-46,0] и 45,5 балла – на IV этапе [40,0-50,0]; в IAR – 44,5 и 48,5 балла [40,0-47,0; 42,0-51,0]; в ПТР – 37,5 и 41,5 балла [29,0-44,0; 34,0-49,0]; в ПАР – 37,5 и 41,5 балла [29,0-45,0; 34,0-51,0] соответственно по сравнению с нереабилитируемыми пациентами, где показатель составлял в IT – 32,5 и 37,0 балла [28,0-44,0; 32,0-49,0]; в IA – 37,0 и 41,5 балла [29,0-44,0; 34,0-49,0]; в IT – 29,0 и 32,0 [27,0-30,0; 30,0-34,0]; в ПА – 36,5 и 40,5 балла [28,0-39,0; 32,0-43,0] ($p < 0,01$) (Таблица 5.7, Рисунок 5.8).

По мере прохождения терапии количество родственников с различным уровнем поддержки пациентов с шизофренией в исследуемых группах менялось. К IV этапу наблюдения родственники 5 пациентов в количестве 5 человек выбыли из исследования по различным причинам. Так, из группы ПА выбыло два человека (осталось 60 родственников пациентов), из IT группы выбыло 3 человека (остался 61 человек).

Таблица 5.7 – Показатели участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

Группа	Этап	Min	Max	M	m	s	Me	25%	75%	Cv%	P ₁	P ₂
IT	I	26,0	48,0	35,2	1,5	6,9	32,5	28,0	44,0	19,6	0,00	0,00
	IV	30,0	51,0	39,3	1,5	7,1	37,0	32,0	49,0	18,1		
IA	I	26,0	47,0	36,6	1,3	7,2	37,0	29,0	44,0	19,8	0,00	
	IV	30,0	52,0	41,3	1,3	7,3	41,5	34,0	49,0	17,8		
ITR	I	26,0	49,0	40,9	1,2	6,8	42,5	37,0	46,0	16,7	0,00	
	IV	30,0	52,0	44,2	1,2	6,8	45,5	40,0	50,0	15,4		
IAR	I	32,0	50,0	43,2	0,9	5,1	44,5	40,0	47,0	11,9	0,00	
	IV	34,0	52,0	46,1	1,0	5,7	48,5	42,0	51,0	12,3		
ITT	I	26,0	35,0	29,1	0,4	3,6	29,0	27,0	30,0	12,4	0,00	
	IV	28,0	40,0	32,8	0,5	3,8	32,0	30,0	34,0	11,6		
IIA	I	26,0	46,0	35,2	1,1	6,2	36,5	28,0	39,0	17,6	0,00	
	IV	30,0	51,0	39,3	1,2	6,3	40,5	32,0	43,0	16,0		
ITTR	I	26,0	47,0	37,0	1,3	7,3	37,5	29,0	44,0	19,6	0,00	
	IV	31,0	52,0	41,4	1,3	7,2	41,5	34,0	49,0	17,4		
IAR	I	26,0	47,0	37,5	1,4	7,1	37,5	29,0	45,0	18,9	0,00	
	IV	32,0	52,0	42,6	1,4	7,7	41,5	34,0	51,0	18,1		

Примечание. P₁ – различия между этапами, P₂ – различия между реабилитируемыми и нереабилитируемыми группами.



Рисунок 5.8 – Показатели участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

На I этапе наблюдения практически во всех исследуемых группах отмечен «неудовлетворительный» (низкий) уровень поддержки пациентов родственниками. В разных группах количество родственников варьировало от 32,3 до 83,3%.

«Достаточная» (хорошая) поддержка была в зависимости от группы у 6,7-21,8% родственников. Остальные родственники продемонстрировали «удовлетворительную» поддержку пациентов (Таблица 5.8, Рисунок 5.9).

Таблица 5.8 – Количество родственников (абс. и %) в исследуемых группах с различной степенью поддержки пациентов с шизофренией, выявленных с помощью анкеты участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией на I и IV этапах наблюдения

Группа	n	I этап						IV этап					
		10-12		13-16		17-20		10-12		13-16		17-20	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
IT	64	40	62,5	14	21,9	10	15,6	32	52,5	19	31,2	10	16,4
IA	35	15	42,9	15	42,9	5	14,2	20	57,1	10	28,6	5	14,3
ITR	35	20	57,1	10	28,6	5	14,3	5	14,3	10	28,6	20	57,1
IAR	62	20	32,3	30	48,4	12	19,3	5	8,1	12	19,4	45	72,5
ITГ	30	25	83,3	3	10	2	6,7	20	66,7	5	16,7	5	16,7
IIA	62	45	72,6	10	16,1	7	11,3	41	68,3	12	20	7	11,7
ITR	64	30	46,9	20	31,3	14	21,8	14	21,9	20	31,3	30	46,8
IIAR	68	28	41,2	30	44,1	10	14,7	13	19,1	20	29,4	35	51,5

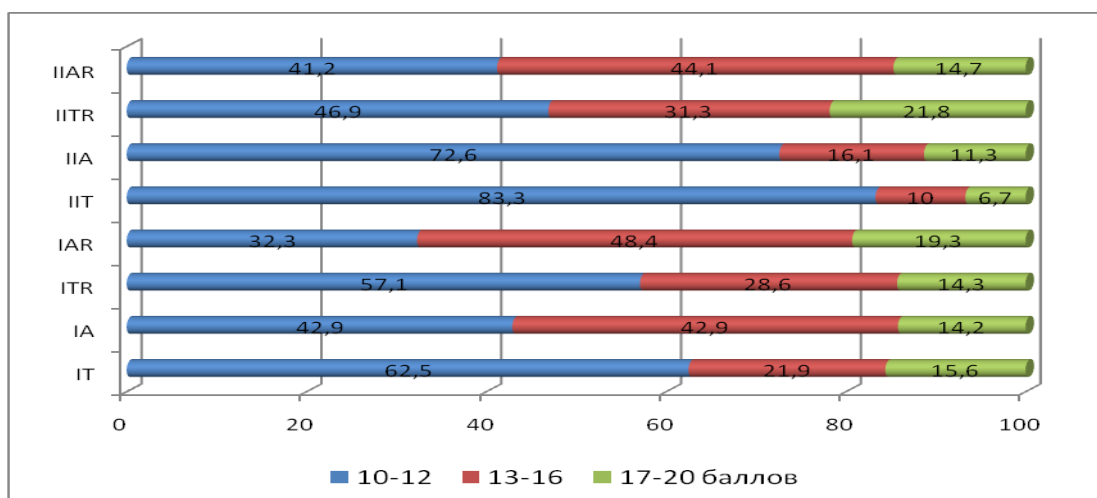


Рисунок 5.9 – Соотношение родственников в исследуемых группах (%) в зависимости от степени поддержки пациентов с шизофренией на I этапе наблюдения

Соотношение родственников с различным уровнем поддержки на IV этапе наблюдения значительно изменилось. Так, количество родственников с хорошей («достаточной») поддержкой колебалось от 11,7 до 72,5% в зависимости от группы (Рисунок 5.10).

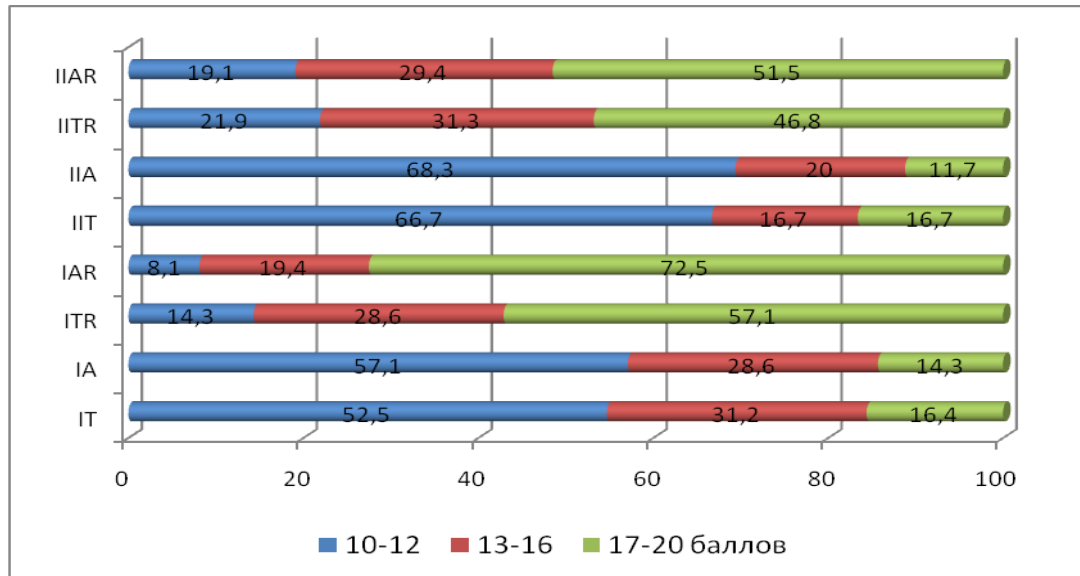


Рисунок 5.10 – Соотношение родственников в исследуемых группах (%) в зависимости от степени поддержки пациентов с шизофренией на IV этапе наблюдения

Максимальную поддержку оказывали пациентам в реабилитируемых группах. Так, в IAR группе их было 72,5%, в ITR – 57,1%, в IIAR – 51,5%, в IITR – 46,8%. Количество родственников с низкой поддержкой также варьировало от 8,1 до 68,3%.

Самые низкие показатели отмечены в группах нереабилитируемых пациентов, особенно с длительностью заболевания 5 лет и более. В IIA группе количество родственников с низким уровнем поддержки составило 68,3%, в IIT – 66,7%, в IA – 57,1%, в IT – 52,5%. Количество родственников с «удовлетворительным» уровнем поддержки в исследуемых группах отличалось незначительно и варьировало в пределах от 16,7 до 31,3%.

Таким образом, предложенная анкета, позволяющая определить степень выраженности участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией, является

объективным 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 как фактора, влияющего на адаптационные механизмы пациента, значительно повысился. Так, в группах с наиболее впечатляющим эффектом (реабилитируемые группы) число родственников с «достаточным» уровнем поддержки было значительным, что подтверждает влияние на результат взаимодействия обязательных основополагающих принципов комплексной системы терапии.

5.3. Оценка и прогнозирование состояния больных параноидной шизофренией по результатам психореабилитационной работы

Результат лечения больных шизофренией во многом зависит не только от применяемой терапии: вида фармакотерапии, длительности, непрерывности лечения, но и от наличия и адекватности реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы должны быть направлены на различные аспекты психосоциального функционирования больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2007; Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., 2012).

В качестве когнитивного тренинга предложен компьютерный вариант теста Векслера, ранее использованный как диагностический метод. Данный тест был оптимизирован к реабилитации пациентов в зависимости от уровня когнитивных нарушений. Применение теста Векслера в качестве когнитивного тренинга показало, что регулярные, ранжированные занятия помогают больным в социальной адаптации и влияют на качество когнитивного функционирования. В то же время данный тест служит

диагностическим критерием для оценки психического состояния пациентов и для дальнейшего планирования реабилитационных мероприятий.

Не менее важным фактором для реабилитации и успешности лечения пациентов является отношение родственников к психическому заболеванию и проводимой терапии, а также степень влияния на сложившуюся ситуацию, которую можно определить по двум используемым анкетам.

Для оценки влияния реабилитации на результат лечения был проведен корреляционно-регрессионный анализ в исследуемых группах.

Корреляционный анализ показал высокую степень важности 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.

Множественный регрессионный анализ позволил получить формулу, по которой можно прогнозировать результат лечения и следить за психическим состоянием пациентов в динамике по показателям психосоциальной реабилитации (формула).

Результат лечения = $-1,41 + \text{КОУЗ} \times 0,978 + \text{Анкета} \times 0,983 + \text{Векслер} \times 0,936$

Результат лечения детерминирован улучшением показателей по КОУЗ, Анкете и Векслеру (коэффициент детерминации – $R^2=0,78$).

Таким образом, психосоциальная реабилитация является необходимым компонентом в лечении и социальной адаптации пациентов с параноидной шизофренией и наряду с длительной, непрерывной фармакотерапией оказывает значительное влияние на результат лечения.

Психореабилитационные программы обязательно должны включать психообразовательную работу с больными параноидной шизофренией и их родственниками, комплаенс терапию, когнитивный тренинг, что положительно отражается на результатах лечения и социальной адаптации данной категории больных.

5.4. Ремиссии при шизофрении как показатель эффективности терапии

В течение года даже при непрерывном лечении шизофрении 20% больных вновь переживают рецидив заболевания, при отсутствии лечения рецидивы возникают в 70% случаев. В последнем варианте не менее 50% больных ждет плохой прогноз. Лишь в 25% прогноз благоприятен после повторного рецидива (Алтынбеков К.С., 2017; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. с соавт., 2018).

При манифестации, первом эпизоде шизофрении, большое значение имеют сроки оказания помощи, своевременность и полнота диагностического обследования, адекватность терапии и качество реабилитационных мероприятий. Именно этим определяется, какой тип течения примет заболевание (частота рецидивов, хронификация патологического процесса, стойкость ремиссии). Согласно взглядам современных психиатров, в 25% случаев после первого эпизода шизофрении наблюдается полная ремиссия, в 50% – течение болезни ограничивается несколькими эпизодами, оставляющими после себя заметные психосоциальные нарушения и в 25% – шизофрения с самого начала принимает прогрессивно-хроническое течение (Мосолов С.Н. с соавт., 2012; Алтынбеков К.С., 2017; Andreasen N.C. et al., 2005; Chue P., 2016).

Для диагностического определения ремиссии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра отечественные исследователи опираются на классификацию ремиссий по М.Я. Серейскому (1939), а также

исходят из клинического, социального и трудового критериев, согласно МКБ-10, отказываясь лишь от измерительного подхода и пытаясь найти ему адекватную «поддержку» в виде функциональной характеристики состояния пациента (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2008).

Таким образом, тип ремиссии можно рассматривать как показатель эффективности лечения больных шизофренией.

Анализ встречаемости различных типов ремиссий 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 ITT группе (24 пациента – 80,0%), 5 пациентов (16,7%) этой группы имели ремиссии типа «С» и всего один человек – тип «В» (3,3%). В группе ПА 20 пациента (33,3%) имели ремиссию типа «D», 33 человека (55%) – тип «С», 7 (11,7%) – тип «В», тип «А» ни в ПА, ни в ITT не встретился (Таблица 5.9, Рисунок 5.11).

Таблица 5.9 – Количество различных типов ремиссий в исследуемых группах

Группа	n	Ремиссии типа:							
		«А»		«В»		«С»		«D»	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
IT	61	0	0	10	16,4	30	49,2	21	34,4
IA	35	0	0	5	14,3	20	57,1	10	28,6
ITR	35	3	8,6	20	57,1	11	31,4	1	2,9
IAR	62	6	9,7	40	64,5	16	25,8	0	0
ITT	30	0	0	1	3,3	5	16,7	24	80,0
ПА	60	0	0	7	11,7	33	55	20	33,3
ITR	64	0	0	4	6,3	30	46,9	30	46,9
PAR	68	0	0	10	14,7	38	55,9	20	29,4

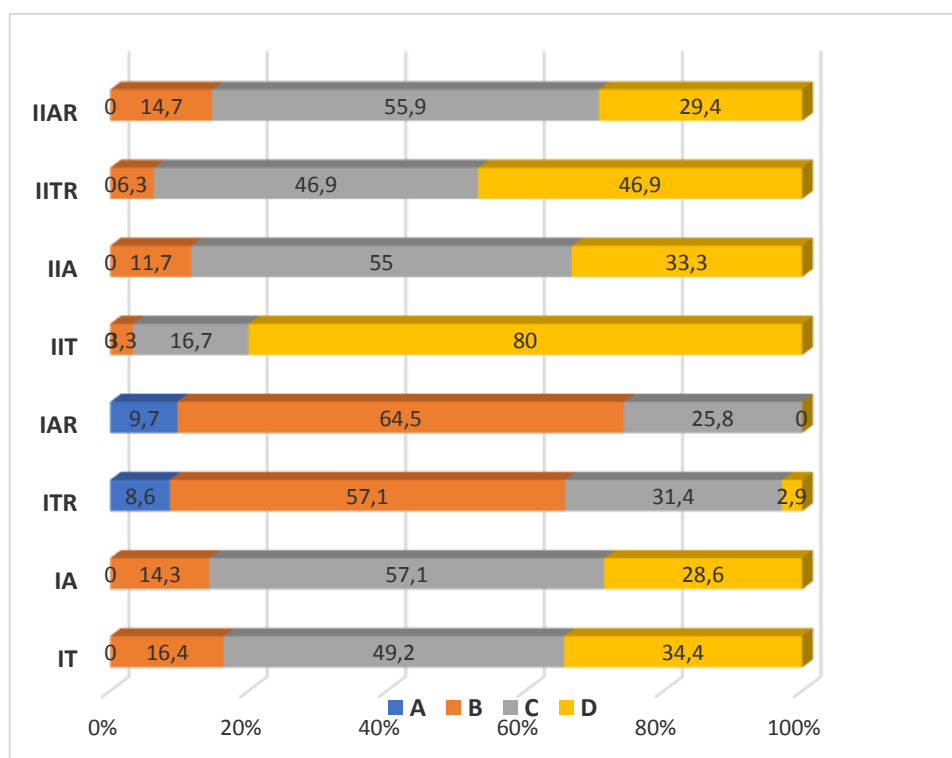


Рисунок 5.11 – Соотношение пациентов в исследуемых группах с различным типом ремиссии на IV этапе наблюдения (%)

В остальных группах соотношение пациентов с различными типами ремиссий отличалось незначительно.

Таким образом, вид фармакотерапии, наличие реабилитационных программ, длительность расстройства и терапии при выполнении обязательных условий непрерывности лечения и активного участия в лечении адаптированных родственников влияет на количество, продолжительность и качество ремиссий у пациентов с параноидной шизофренией. Следовательно, можно прийти к выводу, что тип ремиссии зависит от алгоритма лечения данной категории больных.

Результат лечения в исследуемых группах на IV этапе наблюдения сопряжен тесной обратной связью с количеством обострений (Таблица 5.10).

Без учета групп (во всей совокупности) коэффициент корреляции результата лечения с количеством обострений составляет -0,78 (сильная обратная связь). В отдельных группах он варьирует от -0,72 до -0,95 (чем меньше количество обострений, тем лучше результат лечения).

Таблица 5.10 – Матрица корреляций результата лечения в исследуемых группах с количеством обострений на протяжении всего периода наблюдения

Группы	IT	IA	ITR	IAR	IT	IA	ITR	IAR
IT	-0,88							
IA		-0,72						
ITR			-0,79					
IAR				-0,91				
IT					-0,90			
IA						-0,83		
ITR							-0,87	
IAR								-0,95

Таким образом, количество обострений у больных параноидной шизофренией можно также расценивать как критерий оценки результата лечения или психического состояния пациента.

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 «А» или «В»).

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

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

5.5. Анализ влияния факторов на результат лечения больных параноидной шизофренией

Для определения влияния таких факторов, как «вид фармакотерапии» (типичный или атипичный нейролептик), «наличие или отсутствие реабилитации», «длительность расстройства» (первый психотический эпизод, более пяти лет) и «длительность лечения» (I и IV этапы) было проведено

парное сравнение групп медианным тестом (модификация теста Краскела-Уоллиса). Была выдвинута нулевая гипотеза об отсутствии различий между сравниваемыми группами. При наличии статистически значимых различий между выборками нулевая гипотеза отклонялась и определялись порядок и средний эффект по Коэну (R).

При анализе влияния фактора «длительность лечения в парах групп» (на I и на IV этапах лечения) выявлены статистически значимые различия во всех группах ($p < 0,05$), кроме IT группы, где различия между результатами лечения на I и IV этапах составили 0,2 балла, различия статистически незначимы ($p = 0,3$). Но в выборках без учета групп выявлены статистически значимые различия ($p = 0,02$). Средний эффект в выборке составил -0,8, что расценивается как высокий эффект (Таблица 5.11).

Таблица 5.11 – Сравнение групп исследования на I и IV этапах лечения (фактор «длительность лечения»)

Группа	Результат лечения на I этапе	Результат лечения на IV этапе	S на I этапе	P	R
IT	1,0	1,5	0,6	0,03	-0,8
IA	1,5	2,2	0,8	0,04	-0,9
ITR	2,0	2,5	0,6	0,01	-0,8
IAR	2,0	2,8	0,8	0,01	-1,0
IT	1,0	1,2	0,4	0,3	-0,5
IA	1,5	2,0	0,6	0,04	-0,8
ITR	1,5	2,0	0,6	0,03	-0,8
IAR	1,8	2,5	0,8	0,02	-0,9
Средний эффект в выборке					-0,8

Максимальная величина эффекта отмечена в группах IAR (-1,0), IA (-0,9), IAR (-0,9). Эффект равный -0,8 выявлен в группах IT, ITR, IA, ITR. Для анализа влияния остальных факторов («вид фармакотерапии», «реабилитация», «длительность расстройства») учитывались только результаты, полученные на IV этапе наблюдения.

Так, при оценке влияния фактора «вид фармакотерапии» в парах групп на IV этапе лечения эффект в выборке составил -0,7, что расценивается как средний эффект. Статистически значимые различия были выявлены

практически во всех исследуемых группах ($p < 0,05$). Только в группе IR различия показателей результата лечения в зависимости от применяемого нейролептика были на пороге вероятности ($p = 0,05$).

Средний эффект мало отличался в изучаемых группах пациентов. Так, в группе пациентов с давностью заболевания 5 лет и более, получающих терапию препаратами без реабилитации, данный показатель составил -0,8, что расценивается как высокий эффект. В остальных группах величина эффекта была средней и составила – в I (-0,6), IR (-0,75), IIR (-0,7) (Таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Сравнение групп исследования на IV этапе лечения (фактор «вид фармакотерапии»)

Группа	Результат лечения типичными нейролептиками	Результат лечения атипичными нейролептиками	S	P	R
I	1,5	2,2	0,8	0,03	-0,6
IR	2,5	2,8	0,4	0,05	-0,75
II	1,2	2,0	0,9	0,03	-0,8
IIR	2,0	2,5	0,7	0,04	-0,7
Средний эффект в выборке					-0,7

Влияние фактора «Длительность расстройства» выявило сильное значение эффекта в выборке (-0,9). Значения эффекта в большинстве исследуемых групп также оказались высокими. Так, в группе пациентов, получающих лечение атипичными нейролептиками (A) и атипичными нейролептиками в сочетании с реабилитацией (AR), размер эффекта был максимальным и составил -1,0; в группе TR – -0,8. Эффект влияния изучаемого фактора в группе пациентов, получающих типичные нейролептики, оказался средним и составил -0,75. При этом можно отметить невысокую статистическую значимость различий результатов в группах пациентов, получающих терапию без реабилитации (в группах A и T $p = 0,05$) (Таблица 5.13).

Анализ влияния фактора «реабилитация» показал, что средний эффект в выборке был сильным и составил -0,9. Различия во всех исследуемых парах групп были статистически значимыми ($p < 0,05$). Размер эффекта во всех

группах пациентов был сильным ($>0,8$). При этом максимальные значения отмечались в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики – в IA и ПА группах размер эффекта составил -1,0 (Таблица 5.14).

Таблица 5.13 – Сравнение групп исследования на IV этапе лечения (фактор «длительность расстройства»)

Группа	Результат лечения во II группе	Результат лечения в I группе	S	P	R
T	1,2	1,5	0,4	0,05	-0,75
A	2,0	2,2	0,2	0,05	-1,0
TR	2,0	2,5	0,6	0,04	-0,8
AR	2,5	2,8	0,3	0,04	-1,0
Средний эффект в выборке					-0,9

Таблица 5.14 – Сравнение групп исследования на IV этапе лечения (фактор «реабилитация»)

Группа	Результат лечения без реабилитации	Результат лечения с реабилитацией	S	P	R
IT	1,5	2,5	1,1	0,01	-0,9
IA	2,2	2,8	0,6	0,02	-1,0
IT	1,2	2,0	1,0	0,01	-0,8
ПА	2,0	2,5	0,5	0,03	-1,0
Средний эффект в выборке					-0,9

При анализе полученных результатов, выявлено, что максимальный результат лечения ($R=1,0$) был выявлен в группах IAR (в зависимости от длительности лечения), в IA и ПА (в зависимости от наличия реабилитации), в A и AR группах (в зависимости от длительности расстройства). Минимальные значения эффекта были отмечены в группах IT (0,5 – в зависимости от длительности лечения), I (0,6), IIR (0,7) и IR (0,75) (в зависимости от вида нейролептика), T (0,75 – в зависимости от длительности расстройства). Таким образом, 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.

$27,3+27,3+24,2+21,2=100\%$ (Рисунок 5.12).

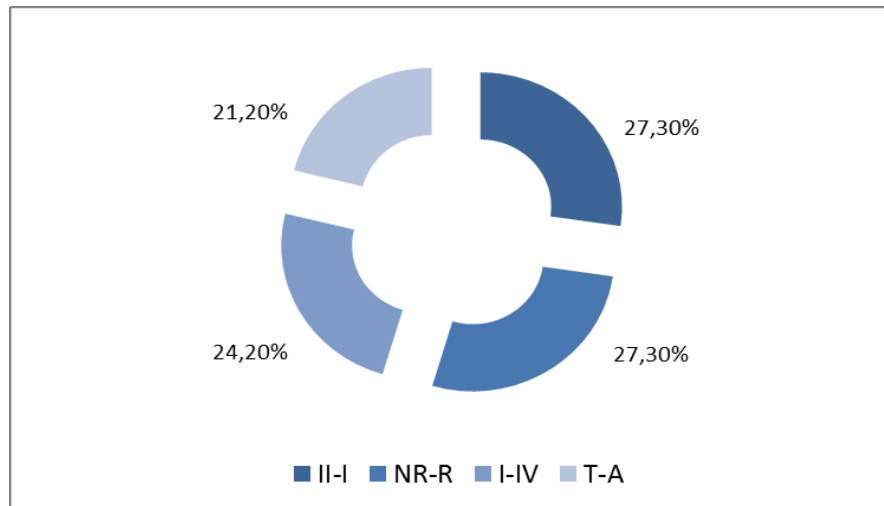


Рисунок 5.12 – Степень влияния факторов на результат лечения больных шизофренией в исследуемых парах групп

Таким образом, наиболее объективный фактор, имеющий преимущественную степень влияния на результат лечения – «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».

Учитывая полученные результаты, можно провести сравнительный анализ динамики результатов лечения пациентов в исследуемых группах. Анализ результатов лечения в исследуемых группах показал, что улучшение показателей во всех группах отмечалось на IV этапе лечения, что доказывает положительное влияние такого фактора, как «длительность терапии». 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» (Таблица 5.15).

Таблица 5.15 – Динамика результатов лечения пациентов в исследуемых группах

Группа	n	Результат лечения											
		1				2				3			
		I		IV		I		IV		I		IV	
		abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
ПТ	30	26	86,7	26	86,7	4	13,3	4	13,3	0	0	0	0
ПА	62	35	56,5	32	53,3	26	41,9	25	41,7	1	1,6	1	1,7
ПТР	64	45	70,3	40	62,5	15	23,4	19	29,7	4	6,3	5	7,8
ПАР	68	21	30,9	15	22,1	39	57,4	42	61,8	8	11,8	11	16,2
ИТ	64	10	15,6	12	19,7	46	71,9	41	67,2	8	12,5	8	13,1
IA	35	1	2,9	1	2,9	16	45,7	18	51,4	18	51,4	16	45,7
ITR	35	5	14,3	4	11,4	15	42,9	13	37,1	15	42,9	18	51,4
IAR	62	3	4,8	0	0	20	32,3	21	33,9	39	62,9	41	66,1

Группами с преобладанием «удовлетворительного» результата лечения были: ПАР – 42 пациента (61,8%), ИТ – 41 человек (67,2%) и IA – 18 человек (51,4%). Максимальное количество человек с «неудовлетворительным» результатом лечения отмечено в ПТ группе (26 пациентов – 86,7%), что, по-видимому, также связано с влиянием таких факторов, как «длительность расстройства» и «вид фармакотерапии».

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%). Хотя некоторые различия в степени влияния исследуемых факторов на результат лечения больных шизофренией и выявлены, но они не имеют статистической значимости ($p > 0,05$) и правомочно судить об их равноценном влиянии на исход лечения. Наряду с влиянием «длительности расстройства» на результат лечения больных параноидной шизофренией как объективного фактора равносильное влияние оказывает фактор «психосоциальная реабилитация», являющийся важнейшим механизмом социальной адаптации, инклюзии, поддержания когнитивного функционирования.

Проведенный анализ показал достаточные значения надежности диагностической шкалы комплексной оценки результата лечения для высокого уровня безошибочного суждения. 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 – $Cs=0,89$. Диагностическая шкала комплексной оценки результатов лечения показала высокие значения надежности.

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 психиатрической службе, 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.

ГЛАВА 6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В изменениях, характеризующих процесс реформирования Российской психиатрии, важной тенденцией является смещение фокуса в планировании и организации поддержки на местном уровне. Несмотря на это, на сегодняшний день все еще недостаточно разработан план целей на региональном уровне, а также нет единых федеральных методических рекомендаций по его внедрению.

В субъектах РФ отсутствуют центры реабилитации больных шизофренией, обеспечивающие системный, полипрофессиональный персонифицированный подход к оказанию психосоциореабилитационной помощи больным с шизофренией. Существуют лишь школы, клубы, отделения реабилитации, реализующие отдельные фрагменты реабилитационных программ (Алтынбеков К.С., 2017).

В результате проведенного анализа выявлены существующие недостатки в организации оказания психиатрической и реабилитационной помощи на территории Саратовской области. Недостаточное внимание уделяется психосоциальной реабилитации в комплексной терапии пациентов с психическими расстройствами, что, по-видимому, объясняется тем, что на врачей психиатрических учреждений ложится все бремя психиатрической помощи, поэтому приоритет отдается фармакотерапии. В учреждениях психиатрического профиля есть недостаток узких специалистов, таких, как специалисты по клинической психологии и социальной работе, а также социальный работник, что также негативно сказывается на организации психиатрической помощи пациентам Саратова и области. Таким образом, выявленные факты дают возможность определять тенденцию развития

психиатрической службы региона с акцентом на внедрение психосоциальной реабилитации в качестве приоритетного направления.

Основными направлениями региональной программы являются: приоритетное развитие амбулаторной психосоциальной реабилитации, реформ психиатрической службы, ее финансирования и планирования, формирование модели партнерства по оказанию и медицинской помощи пользователям, совершенствование системы подготовки специалистов (психиатр, специалист по социальной работе, клинический психолог).

Прежде чем формулировать направления оптимизации психореабилитационной службы, необходимо определить основные необходимые принципы организации региональной психиатрической службы Саратовской области. Так, в качестве принципов организации помощи пациентам с шизофренией можно выделить следующие: системность, децентрализация, принцип регионализации, принцип территориальности, преемственность стационарного и амбулаторного звеньев (Лиманкин О.В., 2015; Алтынбеков К.С., 2017).

За качество и доступность региональной психиатрической помощи отвечает принцип системности, который реализуется в идентификации потребности населения в различных видах поддержки и определении наиболее полной структуры обслуживания, а также удовлетворении этих потребностей.

Принцип децентрализации. Целью реализации данного принципа является создание более доступной для населения психиатрической помощи, что позволит обеспечить рост многообразия форм ее оказания. Данный принцип предусматривает регионализацию и территориальность оказания психиатрической помощи. Принцип регионализации заключается в исследовании феномена конкретного психического заболевания (в проводимой нами работе – шизофрении) на данной конкретной территории, учитывая факторы, влияющие на его возникновение в рассматриваемом регионе. Несомненным представляется тот факт, что в разных странах мира,

в разных областях и субъектах одной страны и даже на территории одного региона распространенность, динамика, социально-демографические, социально-экономические, медицинские факторы, влияющие на возникновение психического расстройства (шизофрении), различаются. Поэтому необходимо формировать направления совершенствования службы помощи пациентам с шизофренией с учетом выявленных особенностей региона. Эффективная реализация этого принципа позволит дифференцированно подходить к профилактике, диагностике и лечению данной нозологии на отдельно взятой территории.

Принцип преемственности стационарного и амбулаторного звеньев психиатрической помощи остается актуальным в настоящее время. Оптимальное взаимодействие амбулаторных и стационарных звеньев психиатрической сети обеспечивает динамическое наблюдение за пациентами при переходе пациента из одного звена в другое, что гарантирует высокий комплаенс и определяет эффективность лечения (Лиманкин О.В., 2015; Алтынбеков К.С., 2017).

Таким образом, организация психиатрической помощи в регионе, опираясь на вышеописанные принципы, сможет максимально широко охватить проблему своевременного выявления шизофрении на территории, раннего оказания помощи данной категории больных и создания модели системной полипрофессиональной персонифицированной психосоциальной реабилитации пациентов с методической поддержкой их родственников, адаптивно реагировать на меняющуюся эпидемиологическую ситуацию, предлагать современные подходы к профилактике, диагностике и лечению шизофрении, снижению социальной дезадаптации с акцентом на психосоциальную реабилитацию, опираясь на факторы, характерные конкретно для данного региона.

Учитывая эпидемиологическую картину, создавшуюся на территории Саратовской области, разработанные принципы организации региональной психиатрической службы, необходимо наметить пути совершенствования

психиатрической помощи больным параноидной шизофренией конкретно на территории Саратовской области. Полученные данные, демонстрирующие степень влияния 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, а также волонтеров (ординаторы, студенты, посещающие кружок кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии).

В качестве актуальных направлений работы Центра психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией необходимо выделить следующие: развитие психосоциальной реабилитации, информированность, принцип персонификации, пациент-ориентированный подход, поиск и создание новых современных форм организации специализированной психореабилитационной помощи пациентам с шизофренией, развитие полипрофессионального подхода, организационно-методическая работа, подразумевающая оказание научно-практической, консультативно-методической и просветительской помощи, обучение и повышение квалификации заинтересованных специалистов.

Для реализации описанных выше направлений необходим поиск и создание новых форм организации специализированной помощи. Создание Центра психосоциальной реабилитации для больных параноидной шизофренией и психотическими расстройствами шизофренического спектра

на базе психиатрического стационара и является такой новой современной формой специализированной помощи.

Целью создания Центра психосоциальной реабилитации является формирование модели и алгоритма помощи пациентам с шизофренией и их родственникам, которые обеспечат эффективную работу психиатрической службы по раннему выявлению, подбору лечения и реабилитации данной категории больных, 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 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») (Samoylova D.D., Barylник Y.B., 2016).

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 (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

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 и иметь в своей структуре стационарное и амбулаторное отделения реабилитации. 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 (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017; Самойлова Д.Д., 2018).

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 с выраженными стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации 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 работы стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации включает диагностические мероприятия и непосредственно 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 доверительный контакт с врачом, вовлеченность в процесс терапии. Комплаенс-терапия проводится врачом-психиатром регулярно на протяжении пребывания пациента в стационарном отделении Центра.

Для психообразования пациентов и членов их семей автором разработано психообразовательное «Пособие для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников», которое представляет собой необходимый алгоритм помощи. В пособии отражены основные аспекты проблемы: описание клинической картины заболевания, особенностей поведения с психически больным, видов служб помощи и характера 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 создания образовательного пособия с пациентами и их родственниками проводились сеансы краткосрочного психосоциального вмешательства (КПВ).

Сеансы включали в себя следующие темы для обсуждения:

1. Причины психического расстройства и методы диагностики. Мифы и реальность.
2. Основные проявления и варианты течения расстройства. Обострения и ремиссии.
3. Возможности лечения. Принципы фармакотерапии. Необходимость длительного, непрерывного лечения.
4. Вопросы психосоциальной реабилитации. Стигматизация.

Сессии должны проводиться еженедельно отдельно с группами пациентов (группа от 2 до 5 человек) и родственников (группа от 2 до 12 человек). Все сеансы КПВ проводятся врачом-психиатром совместно с клиническим психологом. К участию в обсуждении заключительной темы (на 4-й неделе) привлекается специалист по социальной работе.

Нами 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 проводит 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 схему активно вовлекаются родственники душевнобольных. «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 (Таблица 6.1, 6.2).

Таблица 6.1 – Алгоритм оказания помощи больным параноидной шизофренией в стационарном отделении Центра психосоциальной реабилитации

Методы диагностики и реабилитации	1-я неделя			2-я неделя			3-я неделя			4-я неделя		
	Психиатр	Клин. Психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе
PANSS	+											
СФ и КЖ	+											
ЛЭ		+										
НТ		+										
М-Г		+										
Векслер		+										
ШКОРЛ	+											
КОУЗ		+										
Анкета		+										
Пособие	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+
Пособие Р	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+
Комплаенс	+			+			+			+		
КПВ 1	+	+										
КПВ 2				+	+							
КПВ 3							+	+				
КПВ 4										+	+	+
КПВ 1 Р		+	+									
КПВ 2 Р					+	+						
КПВ 3 Р								+	+			
КПВ 4 Р										+	+	+
Когнитивный тренинг								+			+	

Примечание: серый цвет – врач-психиатр; голубой – клинический психолог; розовый – специалист по социальной работе.

Таблица 6.2 – Расписание проведения диагностических и реабилитационных мероприятий в стационарном отделении Центра психосоциальной реабилитации

Методы	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
PANSS	+		+		
СФ и КЖ	+		+		
ЛЭ		+		+	
НТ		+		+	
М-Г		+		+	
Векслер	+		+		+
ШКОРЛ			+		+
КОУЗ	+		+		
Анкета	+		+		
Пособие	+	+		+	+
Пособие Р	+	+		+	+
Комплаенс	+	+	+	+	+
КПВ 1	+	+			
КПВ 2		+	+		
КПВ 3			+	+	
КПВ 4				+	+
КПВ 1 Р	+				
КПВ 2 Р		+	+		
КПВ 3 Р			+		
КПВ 4 Р				+	+
Когнитивный тренинг	+	+	+	+	+

Примечание: серый цвет – врач-психиатр; голубой – клинический психолог; розовый – специалист по социальной работе.

По окончании стационарного этапа психосоциальной реабилитации пациент продолжает получать реабилитацию в амбулаторном отделении Центра, рассчитанную на 1 год.

Показания к направлению больных с параноидной шизофренией в амбулаторное отделение Центра психосоциальной реабилитации:

- стабилизация психического состояния у пациентов, или остаточная психотическая симптоматика при сохранении упорядоченного поведения;
- пациенты, нуждающиеся в активных психосоциальных реабилитационных мероприятиях с целью повышения уровня социального функционирования, возвращения к активной жизни и адекватному взаимодействию с семьей, окружающими и к трудовой деятельности;

- пациенты, относящиеся к наиболее уязвимым группам: одинокие, с недостаточным комплаенсом с врачом диспансера, нарушающие режим лечения, с частыми госпитализациями, с внутрисемейными конфликтами;

- пациенты с различными особенностями социальной дезадаптации, нуждающиеся в восстановлении бытовых навыков, навыков общения с окружающими, расширения взаимодействия в социальной сети;

- пациенты, 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) (Самойлова Д.Д., 2018).

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) (Таблица 6.3, 6.4).

Таблица 6.3 – Расписание проведения диагностических и реабилитационных мероприятий в амбулаторном отделении Центра психосоциальной реабилитации

Методы	Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница	
PANSS				+				+		+
СФ и КЖ				+				+		
ЛЭ		+				+				
НТ		+				+				
М-Г		+				+				
Векслер				+				+		
ШКОРЛ								+		
КОУЗ				+						+
Анкета				+						+
Пособие		+		+		+		+		+
Пособие Р		+		+		+		+		+
Комплаенс		+		+		+		+		+
КПВ 1		+		+		+		+		+
КПВ 2		+		+		+		+		+
КПВ 3		+		+		+		+		+
КПВ 4		+		+		+		+		+
КПВ 1 Р		+		+		+		+		+
КПВ 2 Р		+		+		+		+		+
КПВ 3 Р		+		+		+		+		+
КПВ 4 Р		+		+		+		+		+
Когнитивный тренинг		+		+		+		+		+

Примечание: серый цвет – врач-психиатр; голубой – клинический психолог; розовый – специалист по социальной работе.

Таблица 6.4 – Алгоритм оказания помощи больным параноидной шизофренией в амбулаторном отделении Центра психосоциальной реабилитации

Методы диагностики и реабилитации	1-й квартал			2-й квартал			3-й квартал			4-й квартал		
	Психиатр	Клин. Психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе	Психиатр	Клин. психолог	Спец. по соц. работе
PANSS	+			+			+			+		
СФ и КЖ	+			+			+			+		
ЛЭ		+			+			+			+	
НТ		+			+			+			+	
М-Г		+			+			+			+	
Векслер		+			+			+			+	
ШКОРЛ	+			+			+			+		
КОУЗ		+			+			+			+	
Анкета		+			+			+			+	
Пособие	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+
Пособие Р	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+
Комплаенс	+			+			+			+		
КПВ 1	+	+										
КПВ 2				+	+							
КПВ 3							+	+				
КПВ 4										+	+	+
КПВ 1 Р		+	+									
КПВ 2 Р					+	+						
КПВ 3 Р								+	+			
КПВ 4 Р										+	+	+
Когнитивный тренинг		+			+			+			+	

Примечание: серый цвет – врач-психиатр; голубой – клинический психолог; розовый – специалист по социальной работе.

В таблицах 6.1-6.4 использованы обозначения: PANSS – шкала позитивных и негативных симптомов; СФ и КЖ – опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; ЛЭ – оценка эмоционального интеллекта «Лица Экмана»; НТ – оценка социального интеллекта «Hinting Task»; М-Г – шкала приверженности лечению «Мориски-Грина»; Векслер (диагностический тест) – шкала оценки интеллекта; ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения (психического состояния); КОУЗ – карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы; Анкета – анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией; КПВ 1-4 – краткосрочное психосоциальное вмешательство с пациентами; КПВ 1-4 Р – краткосрочное психосоциальное вмешательство с родственниками, цифра обозначает порядковый номер занятия; пособие – авторское психообразовательное пособие для пациентов; пособие Р – авторское психообразовательное пособие для родственников; комплаенс – комплаенс-терапия.

Противопоказания к направлению в Центр психосоциальной реабилитации:

- больные с тяжелыми, в том числе, хроническими соматическими расстройствами;
- больные, не желающие получать социально-реабилитационные мероприятия;
- больные с острыми психотическими состояниями и выраженными нарушениями поведения;
- психически больные с болезнями зависимости, за исключением больных, находящихся в стойкой ремиссии.

На основании приказа министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах

поведения» и сборника методических рекомендаций «Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи» (2011) разработаны рекомендации по материально-техническому обеспечению работы стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации, обеспечивающего лечебно-реабилитационное направление:

- штаты устанавливаются в составе: заведующий отделением (врач-психиатр) – 1 ставка на 50 и более коек; врач-психиатр – 1 ставка на 25 коек; психотерапевт – 1 ставка на 50 коек; старшая медсестра – 1 ставка, процедурная медсестра – 1 ставка на 50 коек, медицинская сестра – один круглосуточный пост на 25 коек; клинический психолог – 1 ставка на 25 коек; специалист по социальной работе – 1 ставка на 25 коек; сестра-хозяйка – 1 ставка; санитарка – 1 круглосуточный пост на 25 коек; санитарка-буфетчица – 1 ставка на 25 коек;

- отдельные палаты;

- помещение для проведения диагностических и реабилитационных мероприятий;

- аудио- и видеоаппаратура;

- компьютеры для проведения когнитивного аутоотренинга.

Рекомендуемое материально-техническое обеспечение работы амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации, обеспечивающее социально-реабилитационное направление:

- штаты устанавливаются в составе: заведующий отделением (врач-психиатр) – 1 ставка на 50 и более мест; врач-психиатр – 1 ставка на 25 мест; психотерапевт – 1 ставка на 25 мест; клинический психолог – 1 ставка на 25 мест; специалист по социальной работе – 1 ставка на 25 мест; старшая медсестра – 1 ставка; процедурная медсестра – 1 ставка на 25 мест; сестра-хозяйка – 1 ставка; санитарка – 1 ставка на 25 мест;

- помещения для проведения диагностических и реабилитационных мероприятий;

- аудио- и видеоаппаратура;
- интерактивная доска;
- компьютеры для проведения когнитивного аутотренинга.

На основании разработанных реабилитационных 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 самоконтроля 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. В ходе занятий у пациентов и их родственников зачастую возникают вопросы, требующие дополнительного времени. Работа Школы 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.

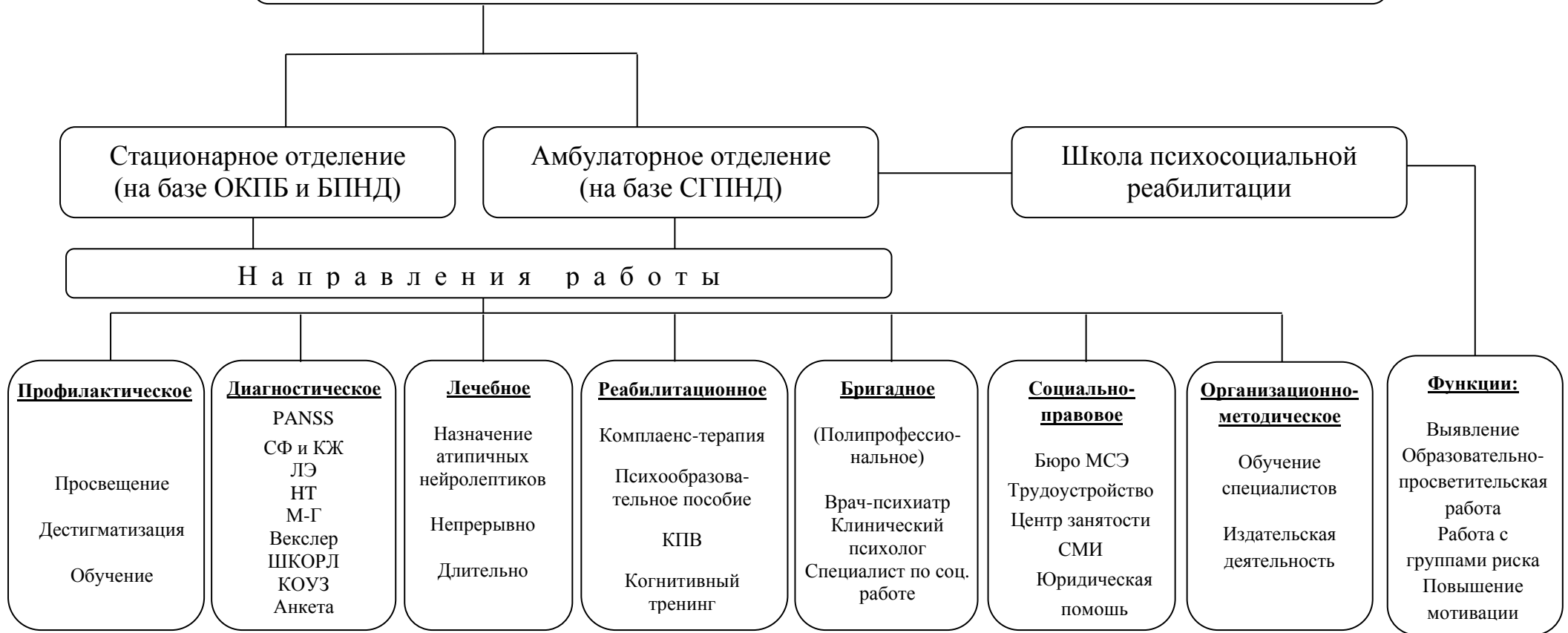
Темы для обсуждения в Школе психосоциальной реабилитации:

1. Знакомство, цели и задачи группы, нормы и патологии;
2. Причины, течение, прогноз психических расстройств;
3. Продуктивные симптомы;
4. Негативные симптомы;
5. Общая симптоматика;
6. Фармакотерапия;
7. Немедикаментозные формы помощи при психических расстройствах;
8. Тревожные симптомы, тактика поведения с пациентом при обострении симптомов психического заболевания;
9. Мифы о шизофрении;
10. Правовые вопросы;
11. Подведение итогов.

Таким образом, алгоритм помощи пациентам с параноидной шизофренией, а также психообразования их родственников должны включать следующие направления: диагностическое, лечебное, реабилитационное, бригадный полипрофессиональный подход, социально-правовое, профилактическое и организационно-методическое (Рисунок 6.1, 6.2, структуры Центра психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией Саратовской области и маршрутизации пациентов с шизофренией на различных этапах лечебно-реабилитационной помощи). Описанные направления позволят обеспечить персонифицированный подход к реабилитации и социальной адаптации больных параноидной шизофренией с учетом оценки динамики и прогнозирования психического состояния.

На основании апробации модели Центра психосоциальной реабилитации возможно внедрение алгоритма психореабилитационной и социальной помощи больным шизофренией и их родственникам на территории Саратовской области.

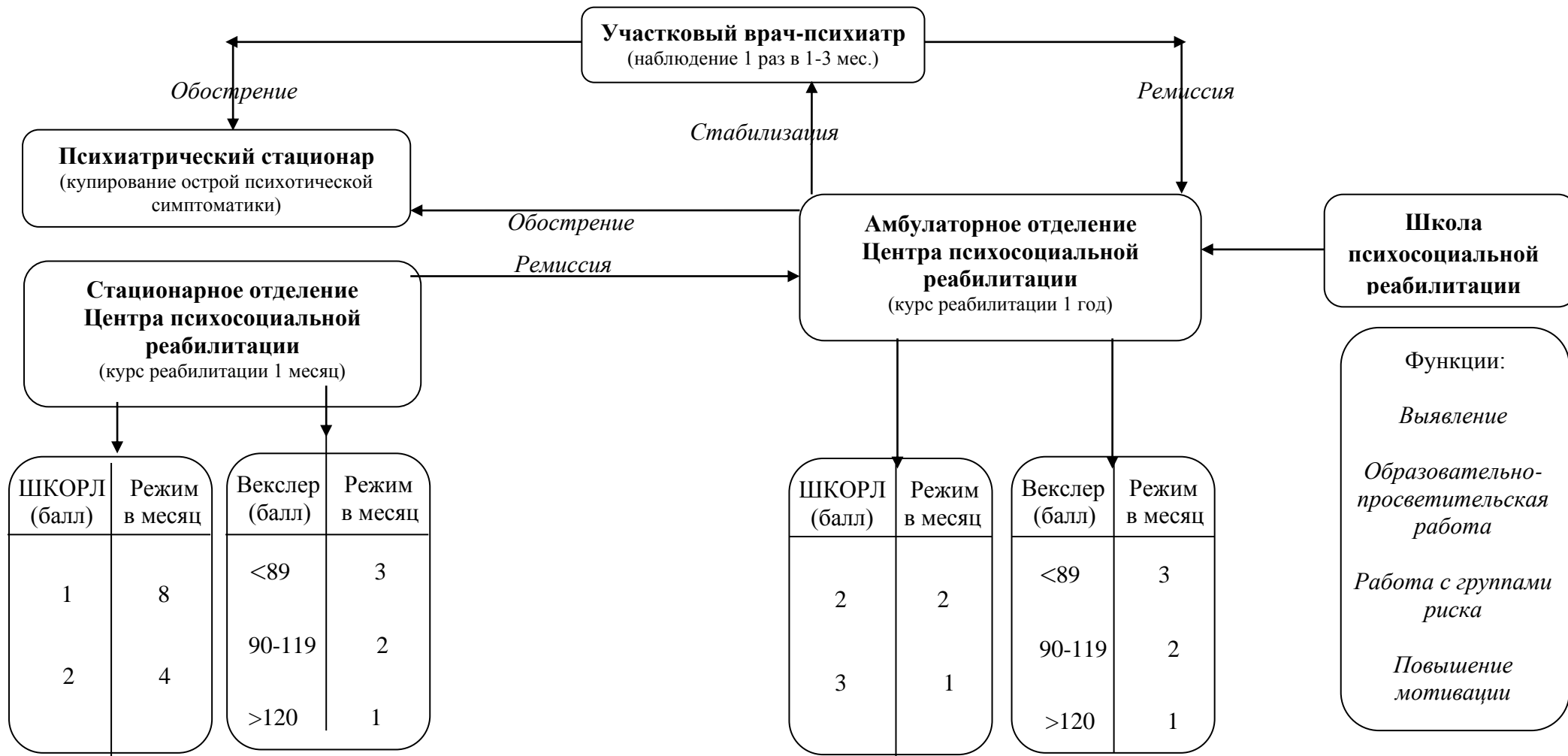
Структура Центра психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией Саратовской области



Примечание: PANSS – шкала позитивных и негативных симптомов; СФ и КЖ – опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; ЛЭ – оценка эмоционального интеллекта «Лица Экмана»; НТ – оценка социального интеллекта «Hinting Task»; М-Г – шкала приверженности лечению «Мориски-Грина»; Векслер (диагностический тест) – шкала оценки интеллекта; ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения (психического состояния); КОУЗ – карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы; Анкета – анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией; КПВ – краткосрочное психосоциальное вмешательство; СГПНД – ГУЗ «Саратовский ГПНД»; ОКПБ – ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии»; БПНД – ГУЗ «Балаковский ПНД».

Рисунок 6.1 – Структура Центра психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией Саратовской области

Маршрутизация пациентов с шизофренией на различных этапах лечебно-реабилитационной помощи



Примечание: ШКОРЛ – шкала комплексной оценки результата лечения (психического состояния); Векслер – когнитивный тренинг.

Рисунок 6.2 – Маршрутизация пациентов с шизофренией на различных этапах лечебно-реабилитационной помощи

Так, 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 терапевтические возможности применительно к пациентам психиатрического профиля на любом этапе наблюдения, включающей всесторонние аспекты проблемы социальной адаптации (профилактический, диагностический, терапевтический, реабилитационный, социально-правовой, организационно-методический).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным статистики ВОЗ (2016), шизофрения представляет собой тяжелое прогрессирующее психическое расстройство, которое затрагивает более 21 миллиона человек во всем мире. Распространенность данного заболевания составляет приблизительно 0,7–1% от общей выборки взрослого населения. Более 50% лиц с шизофренией не получают надлежащей помощи. Важной проблемой является отсутствие доступа к психиатрическому обслуживанию (Казаковцев Б.А. с соавт., 2018; Bin Kitoko G.M., Maurages P., Mampunzama na Miezi S. et al., 2020).

Современные стандарты лечения параноидной шизофрении предполагают необходимость дифференцированного применения антипсихотических средств. Учитывая ресоциализирующий эффект атипичных антипсихотиков, они рассматриваются как препараты первой линии при терапии пациентов с шизофренией. Однако купированием психопатологической симптоматики не исчерпывается объем оказываемой психиатрической помощи. Очевидно, что достичь высокого уровня социального функционирования, используя только психофармакотерапию, не представляется возможным. Необходимо максимально раннее присоединение психосоциальных воздействий (Алтынбеков К.С., 2017; Солохина Т.А., Тюменкова Г.В., Данилова С.В., 2021; Hamann J. et al., 2014).

Истоки реабилитационного направления в медицине можно проследить с древности. Принято, однако, считать, что современное понимание этой сложной и развивающейся концепции получило свое начало в период Второй мировой войны (Кабанов М.М., 2017).

Реабилитация больных в психиатрии имеет свою специфику, которая обусловлена, в первую очередь, большим значением социальных факторов, влияющих на развитие и течение психических заболеваний, в частности шизофрении. Последние два десятилетия как в России, так и за рубежом

значительно возрос интерес к психосоциальным аспектам реабилитации больных шизофренией (Гурович И.Я., 2014). В современных подходах большое значение придается интеграции пациента в социальные сферы деятельности путем создания благоприятной инклюзивной среды. Главный акцент делается на программах психосоциальной поддержки больных, включающих психообразовательную работу с пациентами и их родственниками, индивидуальное ведение случая (менеджмент), комплаенс-терапию, тренинги социальных навыков, когнитивный тренинг, поведенческую, семейную, групповую психотерапию, что повышает социальную адаптацию больных (Еричев А.Н., 2007; Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г., 2021; Chue P., 2016).

Эффективность терапевтического алгоритма пациентов с шизофренией должна проводиться с учетом влияния таких факторов, как длительность заболевания и терапии, реабилитация, вид фармакотерапии.

Раннее выявление шизофрении, своевременная и адекватная диагностика имеющихся нарушений, правильно подобранный алгоритм лечения, основанный на применении комплекса психофармакотерапии в сочетании с психореабилитационными мероприятиями, особенно у пациентов с первым психотическим эпизодом, способствует снижению риска рецидивирования заболевания, уменьшению длительности госпитализации, повышению продолжительности и качества ремиссии, улучшению социальной адаптации и трудоспособности пациентов с шизофренией. Как следствие это приводит к снижению заболеваемости, а также уровня инвалидизации данной категории больных (Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П., 2010; Yilmaz Karaman İ.G., İzci Kasal M., İngeç S. et al., 2020).

В настоящее время не существует дифференцированных реабилитационных программ, позволяющих с учетом региональных особенностей обеспечить на ранних этапах вовлечение пациентов в реабилитационный процесс. Научных исследований, нацеленных на особенности разработки и эффективность проводимых

психореабилитационных мероприятий в стране с учетом региональных аспектов, на сегодняшний день выполнено недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния фактора психосоциальной реабилитации на эффективность комплексного лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией, а также разработка и научное обоснование современных принципов, оптимальной организационной модели и алгоритма проведения психореабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала для повышения качества оказания психиатрической помощи.

Для реализации цели исследования были поставлены 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.

В соответствии с поставленными задачами был проведен детальный сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей на территории Саратовской области в сопоставлении с показателями по РФ.

С целью разработки оптимальной модели психиатрической службы региона, основанной на полипрофессиональном, персонифицированном подходе к лечебно-реабилитационной стратегии, проведено детальное научное исследование, в выборочной совокупности включающее 420 больных с параноидной формой шизофрении с непрерывным типом течения, находившихся на лечении в наиболее крупных, прогрессивных учреждениях города и области ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии, ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер», ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» с 2011 по 2018 гг (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Постановка диагноза параноидной шизофрении проводилась в соответствии с МКБ-10. Параноидная шизофрения рассматривалась как вариант непрерывно текущего прогрессивного процесса (Снежневский А.В., 1972).

На основании клинико-психопатологического метода обследования, у всех пациентов (n=420) было квалифицировано, непрерывнотекущее течение параноидной шизофрении, что соответствует в МКБ-10 параноидной шизофрении с непрерывным типом течения (F20.00-20.006).

Манифестация расстройства наблюдалась в среднем в возрасте $26,2 \pm 0,9$ года (A=16-39 лет). Большинство пациентов (67,9%, 285 пациента) не имели установленной инвалидности, 135 пациентов (32,1%) имели I, II и III группы инвалидности.

По признаку прогредиентности случаи непрерывнотекущей шизофрении, взятые для данной работы (n=420), в соответствии с систематикой, представленной в Руководстве по психиатрии под ред. А.В. Снежневского (1972), относились к прогредиентным, в частности, мало и умеренно прогредиентным формам.

Методом рандомизации с использованием компьютерной программы генератора случайных чисел в I группу были включены пациенты с непрерывным, но малопрогредиентным течением, длительностью расстройства первые пять лет, количеством обострений не более трех (n=196, 46,7% – группа с первым психотическим эпизодом). II группу составили пациенты, квалифицируемые как с непрерывным, умеренно прогредиентным течением, с длительностью расстройства более пяти лет, количеством обострений более трех (n=224, 53,3%).

Выделенные по длительности случайные выборки были ранжированы по виду нейролептика на основании анализа медицинской документации. В каждой группе в зависимости от проводимой терапии были выделены по две подгруппы (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017). Подгруппы пациентов с непрерывной формой, малопрогредиентным течением (с первым психотическим эпизодом), получающие терапию типичными нейролептиками (T–typical) (IT, n=64) и атипичными нейролептиками (A – atypical) (IA, n=35); пациенты с непрерывной формой, умеренно прогредиентным течением (длительностью расстройства более пяти лет),

получающие терапию типичными нейролептиками (ИТ, n=30) и атипичными нейролептиками (ИА, n=62).

Все больные получали терапию в стационаре и, в последствии амбулаторно, типичными нейролептиками (галоперидолом и зуклопентиксолом) и атипичными нейролептиками (клозапин и сертиндол). Препараты назначались в средних терапевтических дозировках в пересчете на условные единицы хлорпромазинового эквивалента. Выбор описанных препаратов объяснялся их широким применением в практике, а также хорошей переносимостью и возможностью назначения в амбулаторных условиях.

Следующим этапом методом простой случайной выборки с применением компьютерной программы генератора случайных чисел пациенты были распределены на реабилитируемых (R–rehabilitation) (n=229) и не получающих реабилитацию пациентов (n=191).

Таким образом, выделены основные группы – реабилитируемые пациенты с непрерывной формой, малопрогрессирующей (IAR, n=62, 14,8%; ITR, n=35, 8,3%) и умеренно прогрессирующей (IIAR, n=68, 16,2%; IITR, n=64, 15,2%) течением, и группы сравнения – не реабилитируемые пациенты (IA, n=35, 8,3%, IT, n=64, 15,2%, IА, n=62, 14,8%, ИТ, n=30, 7,2%).

В структуре прогрессирующей формы шизофрении в соответствии со стандартизированной синдромальной оценкой у всех обследуемых в анамнезе были выделены бредовой и галлюцинаторный варианты: острый параноидный приступ (в т.ч. с синдромом Кандинского-Клерамбо) – 48,4%; острый галлюцинаторный приступ – 38,3%; острый параноидальный приступ (приступ с интерпретативным бредом) – 11%; острый парафренный приступ – 2,3%. Психопатологическая симптоматика применительно к выборке (n=420) была рассмотрена в структуре следующих синдромов: параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдром (в том числе Кандинского-Клерамбо) (76,2%, n=320). Остальные синдромы (кататонический,

неврозоподобный, психопатоподобный, аффективно-бредовый, аффективно-галлюцинаторный, парафренный синдромы) были отмечены реже (23,8%).

Психическое состояние оценивалось перед выпиской из стационара, а также в динамике наблюдения (не реже одного раза в год на протяжении четырех лет наблюдения).

Психосоциальные мероприятия включали в себя проведение комплаенс-терапии, когнитивного тренинга, психообразовательной работы с пациентами и их родственниками, а также сеансов краткосрочного психосоциального вмешательства (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

На момент включения в исследование пациенты основной и контрольной групп находились в стадии ремиссии. Психическое состояние и ремиссия оценивалась на основании данных медицинской документации, редукции клинических проявлений, а также подкреплялась применением психометрических методов в виде клинической шкалы PANSS; «Hinting Task», методика «Лица Экмана», тест Векслера; опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных; «Шкалы приверженности лечению Мориски-Грина»; шкалы комплексной оценки результата лечения.

При обследовании по шкале для оценки СФ и КЖ больных психиатрического профиля установлены вектор и степень значимости изменения изучаемых параметров КЖ и СФ в зависимости от типа антипсихотика, длительности расстройства и продолжительности лечения, а также наличия проводимых реабилитационных программ (Самойлова Д.Д., 2018).

При анализе влияния вида фармакотерапии на показатели КЖ и СФ в пределах обоих 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 больных, принимающих типичные нейролептики, изучаемый показатель составляет 2,81 балла, что

статистически значимо меньше по сравнению с пациентами, получающими атипичные нейролептики (3,04 балла) ($p=0,002$). Показатель «Трудоспособность», напротив, был выше у пациентов, получающих лечение типичными нейролептиками, на обоих этапах лечения (2,38 балла), а также величина параметра уменьшается на IV этапе терапии при применении типичных нейролептиков до 2,19 балла ($p=0,02$).

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 («правильный порядок»); «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 применения нейролептика до 2,76 балла ($p=0,02$) при приеме типичных нейролептиков и до 2,98 балла ($p=0,004$) при приеме атипичных («правильный порядок») 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 (Самойлова Д.Д., 2018).

Полученные данные согласуются с мнением многих исследователей, занимающихся изучением данного вопроса. Так, З.Ф. Мухаметшиной (2009) был сделан вывод, что характеристики СФ и КЖ больного определяют важный подход к проведению реабилитационных мероприятий. Многогранная активация в виде усиления контакта с внешней средой, поддержки возможностей, решения социальных проблем (коррекция социальных и бытовых ситуаций, материальные возможности); адаптации в семье, межличностных отношениях, поддержание существующих профессиональных стереотипов (возможно, модификация профессиональной деятельности); рационального трудоустройства. В случае необходимости пациентам с удовлетворительным уровнем социального функционирования следует предоставить новую профессиональную подготовку и обучение по социальной поддержке.

Данные Е.М. Кирьяновой, Л.И. Сальниковой (2010) свидетельствуют о том, что проблемы СФ и КЖ людей с психическими заболеваниями являются одними из наиболее актуальных. Акцент психиатрической помощи все больше смещается в сторону комплаенса. Пациент полностью вовлекается в процесс лечения. Это требует внимания к оценке как самих мер лечения, диагностики и реабилитации, так и изменений в жизни, которые происходят в связи с ними.

По мнению В.А. Шемет, В.А. Карпюк (2012), при оценке физической работоспособности 70% продемонстрировали ее заметное снижение. Удовлетворенность семейным положением продемонстрировали 82% опрошенных. Значительные ограничения социальных контактов продемонстрировали 17 человек, а общение с ними ограничивается окружением родственников и семьи.

При выполнении шкалы PANSS были установлены вектор, указывающий направление изменения признаков (клинических симптомов) в парах групп и значимость (p) изменений исследуемых параметров психического состояния пациента, изменяющихся под влиянием изученных факторов (тип препарата, продолжительность болезни и лечения, наличие реабилитации) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Анализ результатов исследования в зависимости от изучаемых факторов показал, что все параметры улучшались 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 группах (от 21,0 до 15,0 баллов, на 28,6%), IT (от 23,8 до 18,9, на 20,6%), PTR (от 19,6 до 15,0 баллов, на 23,5%), IAR (от 20,1 до 11,3 балла, на 43,8%) и PAR (от 23,6 до 14,0 баллов, на 40,7%).

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 балла, на 49,0%) и особенно в группах пациентов, получающих атипичные нейролептики в сочетании с реабилитационными мероприятиями (IAR – 17,1 и 8,2 балла, на 52,1%; IAR – 25,4 и 10,9 балла, на 57,1%).

Снижение общей симптоматики наиболее значимо было отмечено в группах пациентов, получающих наряду с нейролептиками реабилитацию: ITR – 41,8 и 27,3 балла, на 34,7%; IAR – 44,1 и 22,2 балла, на 49,7%; ITR – 48,0 и 27,7 балла, на 42,3%; IAR – 47,6 и 27,7 балла, на 41,8%.

Полученные результаты согласуются с данными Н.А. Маруты (2007), в работах которой было показано, что в результате лечения у 54 (96,4 %) больных шизофренией отмечалась положительная динамика выраженности клинических проявлений, что свидетельствует о высокой эффективности препарата из группы атипичных нейролептиков. Терапевтические эффекты атипичных нейролептиков включают редукцию негативной и позитивной симптоматики по шкале PANSS, восстановление эмоционального состояния больных, показателей активности и социального функционирования.

М.В. Иванов, М.Ю. Шипилин, Ф.Р. Банщиков (2009) исследовали и доказали эффективность атипичных антипсихотиков как в отношении позитивных, так и в отношении негативных проявлений, свойственных параноидным приступам у больных шизофренией.

В своих исследованиях Д.С. Данилов (2010) отмечает, что прием атипичных нейролептиков ослабляет выраженность продуктивной симптоматики. Применение при обострениях параноидной шизофрении высокопотентных типичных нейролептиков менее эффективно.

Согласно исследованиям Ж.-М. Азорина и соавт. (2010), атипичные нейролептики влияют на продуктивную и негативную симптоматику как при длительной терапии, так и при коротких курсах. Н.Е. Завьялова и О.И. Салмина-Хвостова (2011) доказали, что атипичные антипсихотики характеризуются эффективностью при различных формах и типах течения шизофрении.

В работах О.В. Рычковой, Н.А. Соиной, Г.Л. Гуревича (2013) проанализированы закономерности изменений симптоматики по различным субшкалам клинической шкалы PANSS. С. Лёхт, А. Киприани, Л. Спинели и соавт. (2016) проводили в своей работе сравнительный анализ эффективности разных атипичных антипсихотиков.

Шкала комплексной оценки результата лечения 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 балла, на 17,2%; PTR – 2,3 и 2,8 балла, на 17,9%; IAи ITR – 2,4 и 2,8 балла, на 14,3%. Корреляционный анализ подтверждает улучшение результатов лечения по шкале комплексной оценки при снижении клинической симптоматики по шкале PANSS.

Работа посвящена более глубокому изучению двух социальных явлений: эмоционального и социального интеллекта. Таким образом, при выполнении методики «Лица Экмана» были установлены вектор и значимость изменений параметров эмоционального интеллекта пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от таких факторов, как вид лекарств, продолжительность расстройства и т.д. Анализируя результаты исследования, мы обнаружили самый высокий показатель в группе пациентов с первым психотическим эпизодом, получавших атипичные нейролептики. При этом лучшие показатели выявлены на IV этапе лечения реабилитированных пациентов. Таким образом, показатели состояния пациентов с первым эпизодом психоза статистически значимо выше как на I этапе (5,2 балла), так и на IV этапе (5,8 балла) лечения ($p < 0,05$) («порядок – правильный»). В парах групп с программой реабилитации и без нее был «правильный порядок» между этапами наблюдения I и IV (5,4 балла и 6,0 балла), разница была статистически значимой ($p = 0,04$). Состояние не реабилитированных пациентов оценивается в 4,5 балла для этапа I и 4,6 балла для этапа IV, и разница не является статистически значимой ($p = 0,09$) (нейтральный порядок) (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Исследования, основанные на изучении показателей шкалы «Лица Экмана», были описаны в работах О.О. Папсуева, Л.Г. Мовиной, М.В. Миняйчевой (2013), их результаты дали возможность разработать метакогнитивный тренинг для пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Следует отметить, что в литературе есть несколько исследований, посвященных изучению опыта использования метода «Лица Экмана» у пациентов с шизофренией, направленные на изучение эмоционального интеллекта, тесно связанных с изучением социального интеллекта (Сергиенко Е.А. и др., 2010; Bin Kitoko G.M. et al., 2020).

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). В группах с реабилитацией показатель социального интеллекта на I этапе составил 18,0 баллов, на IV – 19,0 баллов по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (16,4 и 16,3 балла соответственно), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$). 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), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Полученные результаты согласуются с данными, опубликованными в работах О.В. Рычковой, Н.А. Соиной, Л.Г. Гуревич (2013), которые обнаружили, что пациенты с шизофренией характеризуются высоким уровнем подавления негативного эмоционального выражения. Снижение умственного интеллекта у больных параноидной шизофренией – индивидуальный клинический симптом заболевания, особенно подозрительность, враждебность, эмоциональная тупость и изоляция, снижение контакта с окружающими, пассивное безразличие, тревога, чувство вины, напряжение, депрессия. На аналогичных результатах основывались И.Я. Гурович, О.О. Папсуев, М.В. Миняйчева, Л.Г. Мовина (2014), занимавшиеся разработкой метакогнитивного тренинга пациентов с шизофренией.

В работах А.А. Морозовой, А.С. Орешкина, Ж.В. Гараха с соавт. (2017) было выявлено, что у больных шизофренией нарушено выполнение заданий тестов на социальный интеллект по сравнению с контролем; вербальные задания «Hinting Task» гораздо менее успешно выполняются пациентами, нежели здоровыми испытуемыми.

В работах P.W. Corrigan, D.L. Penn (2001), Bin Kitoko G.M., Maurages P., Mampunzama ma Miezi S. et al. (2020) приведены данные исследований, свидетельствующие о нарушениях понимания лицевой экспрессии, преобладании негативных эмоций, особенно страха, у больных параноидной формой шизофрении. Небольшое количество статей в литературе, посвященных изучению опыта применения шкалы «Hinting Task» у пациентов с шизофренией, свидетельствует о недостаточно широком опыте ее применения (Gallagher S., Varga S., 2015; Barrios M., Guilera G., Selb M., Gómez-Benito J., 2016).

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 более значительно влияют на исход лечения и адаптационные возможности пациента по сравнению с типичными (2,5 балла на обоих этапах), «порядок правильный», различия статистически значимы ($p < 0,05$). В группах с реабилитацией показатель комплаенса на I этапе составил 3,1 балла, на IV – 3,2 балла по сравнению с группами нереабилитируемых пациентов (2,6 балла на обоих этапах наблюдения), «порядок правильный», 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 ($p = 0,02$) (Самойлова Д.Д., 2018).

Полученные данные согласуются с работами Р.В. Кадырова, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук (2014), в монографии которых представлена новая методика определения уровня комплаентности, ориентированная на выявление приверженности личности лечению и основанная на характеристиках, обуславливающих комплаентное поведение пациентов, имеющих хронические заболевания, требующих периодического наблюдения со стороны врача и продолжительного лечения.

В литературе имеется относительно небольшое количество статей, посвященных изучению опыта применения «Шкалы приверженности лечению Мориски-Грина» у пациентов с шизофренией, что свидетельствует о недостаточно широком ее применении (Тараканова Е.А., Кожанов А.В., 2015; Fusar-Poli P., McGorry P.D., Kane J.M., 2017).

Тест Векслера в его диагностическом варианте выявил высокий уровень сохранности когнитивной функции у пациентов с ППЭ, получавших

атипичные нейролептики в сочетании с программой психической реабилитации (67,7% (группа IAR)). Уровни когнитивных нарушений незначительно различаются между группами ITR и IAR и группами IT и IA ($p > 0,05$), что явно свидетельствует о положительном влиянии атипичных нейролептиков на когнитивные функции даже у пациентов с длительным заболеванием (Самойлова Д.Д., 2018).

У большинства пациентов с длительностью расстройств более пяти лет был низкий уровень когнитивной функции: 86,7% (26/30) в группе IT, 66,2% (45/68) в группе IAR и 58,3% (45/68), в группе IA 58,3% (35/60), в ITR 32,8% (21/64).

Полученные данные согласуются с работами Ю.С. Зайцевой, Н.К. Корсаковой, И.Я. Гуровича (2013), занимающихся изучением нейрокогнитивного дефицита на ранних стадиях шизофрении и разработкой программы когнитивной ремедиации. Можно отметить, что большинство работ, встречающихся в литературе, посвящено применению лишь отдельных субтестов теста Векслера (Javitt D.C., 2015).

Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы для родственников пациентов с шизофренией демонстрирует в разных 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%.

Полученные данные нашли свое подтверждение в работах А.В. Солоненко, И.В. Хлопиной (2008), которые демонстрируют необходимость семейного психообразования у пациентов с ППЭ. Это помогает решить проблемы, связанные с болезнью и плохим восприятием пациента, и помогает избежать негативных поведенческих моделей за счет более эффективной социальной поддержки со стороны семьи по отношению к пациенту, одновременно способствуя относительному пониманию и обнаружению ранних признаков раннего рецидива у пациента и, таким

образом, своевременному обращению к врачу. Профессиональная помощь и формирование у пациента комплаентности в конечном итоге положительно влияет на семейный компонент социального функционирования пациента за счет уменьшения частоты госпитализаций (Солохина Т.А., Кузьмина М.В., Митихин В.Г., 2021; Marder S.R., Galderisi S., 2017).

И.Г. Свиридов (2014) сформулировал критерии эффективности психообразования, которыми являются степень информированности пациента в области психического здоровья; наличие у пациента потребности в приобретении и пополнении знаний о психическом здоровье; степень готовности пациента к психообразованию; степень готовности пациента к изменению отношения к самому себе и к членам семьи.

Полученные результаты в работах Д.С. Петрова (2012) позволяют говорить о том, что в настоящее время существует необходимость разработки образовательных программ для пациентов с психическими расстройствами.

В работах Н.Д. Семеновой, А.Ю. Кузьменко, Г.П. Костюк (2016), а также в современных исследованиях Т.А. Солохиной, М.В. Кузьминовой, В.Г. Митихина (2021) было доказано, что психообразование действительно способствует клиническому улучшению, что выражается в снижении числа рецидивов и госпитализаций, а также в повышении уровня социального функционирования пациента.

Предложенная анкета, 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 (группы реабилитируемых пациентов) число родственников с «достаточным» уровнем поддержки было значительным,

при этом в группах нереабилитируемых пациентов также нередко встречались родственники, активно участвующие в процессе лечения, что подтверждает влияние на результат взаимодействия обязательных основополагающих принципов комплексной системы терапии.

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.

Полученные данные согласуются с работами Дж. Ван Ос, Т. Бернс, Р. Кавалларо и соавт. (2006), которые подтвердили, что соответствие критериям ремиссии не означает отмены диагноза, а увеличение продолжительности ремиссии позволяет гарантировать устойчивое уменьшение симптоматики. Далее С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, А.А. Шафаренко и др. (2011) разработали стандартизированные критерии ремиссии. На качество ремиссии влияют терапевтические средства, включая соответствующие современные антипсихотические психофармацевтические методы лечения с одновременным использованием психосоциальных, реабилитационных, психообразовательных и психотерапевтических средств.

Данных об установлении вектора, который позволяет определить направление изменения параметра в парах групп и вид «порядка» (правильный, неправильный) при анализе динамики показателей по изучаемым диагностическим шкалам в литературе не обнаружено, что позволяет признать полученные результаты приоритетными.

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

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

Автором работы предложено применение компьютерной версии теста Векслера в качестве интерактивного варианта когнитивного тренинга для пациентов с шизофренией (Самойлова Д.Д., 2018). Данный подход является новым среди известных в литературе методов психореабилитационных вмешательств.

Анкета отношения родственников к терапии пациентов, страдающих шизофренией, также разработана и составлена автором.

Полученные данные, демонстрирующие степень влияния 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, а также волонтеров (ординаторы, студенты, посещающие кружок кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии).

Целью создания Центра психосоциальной реабилитации является формирование такой модели и алгоритма помощи пациентам с параноидной шизофренией и их семьям, 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 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») (Samoylova D.D., Baryl'nik Y.B., 2016).

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 (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

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 (Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., 2017).

Подобная структура, включающая стационарное и амбулаторное отделения на базе ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер», может быть организована в городе Балаково.

Стационарное отделение Центра психосоциальной реабилитации необходимо для реабилитации больных шизофренией с выраженными стойкими явлениями социальной и социально-трудовой дезадаптации после выведения пациента из 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 работы стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации включает диагностические мероприятия и непосредственно 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.

Методы комплаенс-терапии предполагают, что у пациента есть доверительные отношения, взаимопонимание и надлежащий контакт с лечащим врачом, а также заинтересованное участие в процессе лечения, что сводит к минимуму нарушения предписанных пациентом медицинских рекомендаций (Samoylova D.D., Baryl'nik Y.V., 2016).

Психиатр регулярно проводит комплаенс-терапию во время пребывания пациента в отделениях Центра психосоциальной реабилитации.

Для психообразования пациентов с параноидной шизофренией и членов их семей автором разработано психообразовательное «Пособие для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников», которое представляет собой необходимый алгоритм помощи. В пособии содержатся основные аспекты проблемы: описание клинической картины заболевания, особенностей поведения с психически больным, видов служб помощи и характера 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 ознакомления с образовательным пособием 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.

Сеансы включали в себя следующие темы для обсуждения:

1. Причины психического расстройства и методы диагностики. Мифы и реальность.

2. Основные проявления и варианты течения расстройства. Обострения и ремиссии.

3. Возможности лечения. Принципы фармакотерапии. Необходимость длительного, непрерывного лечения.

4. Вопросы психосоциальной реабилитации. Стигматизация.

Сессии должны проводиться еженедельно отдельно с группами пациентов (группа от 2 до 5 человек) и родственников (группа от 2 до 12 человек). Все сеансы КПВ проводятся 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 проводит 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 схему 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.

Показания к направлению больных с параноидной шизофренией в амбулаторное отделение Центра психосоциальной реабилитации:

- стабилизация психического состояния у пациентов, или остаточная психотическая симптоматика при сохранении упорядоченного поведения;

- пациенты, нуждающиеся в активных психосоциальных реабилитационных мероприятиях с целью повышения уровня социального функционирования, возвращения к активной жизни и адекватному взаимодействию с семьей, окружающими и к трудовой деятельности;

- пациенты, относящиеся к наиболее уязвимым группам: одинокие, с недостаточным комплаенсом с врачом диспансера, нарушающие режим лечения, с частыми госпитализациями, с внутрисемейными конфликтами;

- пациенты с различными особенностями социальной дезадаптации, нуждающиеся в восстановлении бытовых навыков, навыков общения с окружающими, расширения взаимодействия в социальной сети;

- пациенты, 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) (Самойлова Д.Д., 2018).

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).

Противопоказания к направлению в Центр психосоциальной реабилитации: больные с тяжелыми, в том числе, хроническими соматическими расстройствами; больные, не желающие получать социально-реабилитационные мероприятия; больные с острыми психотическими состояниями и выраженными нарушениями поведения; психически больные с болезнями зависимости, за исключением больных, находящихся в стойкой ремиссии.

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

Темы для обсуждения в Школе психосоциальной реабилитации:

1. Знакомство, цели и задачи группы, нормы и патологии;
2. Причины, течение, прогноз психических расстройств;
3. Продуктивные симптомы;
4. Негативные симптомы;
5. Общая симптоматика;
6. Фармакотерапия;
7. Немедикаментозные формы помощи при психических расстройствах;
8. Тревожные симптомы, тактика поведения с пациентом при обострении симптомов психического заболевания;
9. Мифы о шизофрении;
10. Правовые вопросы;
11. Подведение итогов.

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 терапевтического подхода к пациентам на любом этапе наблюдения, включающей всесторонние аспекты проблемы социальной адаптации (профилактический, диагностический, терапевтический, реабилитационный, социально-правовой, организационно-методический).

Проведенный анализ деятельности психиатрических учреждений Саратовского региона демонстрирует недостаточное внедрение эффективных психосоциальных методов лечения, дефицит в психиатрических учреждениях специалистов, владеющих современными методами работы с пациентом и его семьей, а также низкую удовлетворенность потребностей пациентов в получении информации о различных аспектах заболевания, лечения и оптимального поведения в период обострения, освоении необходимых навыков для решения проблем.

С учетом региональных особенностей и отсутствием стандартизированных методических рекомендаций федерального уровня по организации оказания психореабилитационной помощи предложена модель Центра и Школы психосоциальной реабилитации на базе ведущих психиатрических учреждений г. Саратова.

Созданная модель предполагает комплексный подход на основании различного спектра потребностей больных; формирование системы, обеспечивающей поэтапное решение задач; сочетание дидактического подхода и интерактивных методов. Оказываемая в рамках предлагаемой модели социально-психологическая помощь носит пролонгированный характер (от 1 до 12 месяцев) и оказывается как в психиатрическом стационаре, так и в амбулаторной сети.

В отличие от существующих в России реабилитационных моделей предложенные Центр и Школа кроме выполнения задач медико-реабилитационного отделения частично выполняет функции НКО (общественное движение волонтеров, привлечение врачей-ординаторов, родственников больных), организует проведение психосоциальной реабилитации, координирует работу психиатрических учреждений, осуществляет взаимодействие между региональными психиатрическими и социальными службами, привлекает специалистов, владеющих современными методами работы с пациентом и его семьей, занимается пропагандой необходимости проведения психосоциальной реабилитации (Электронный каталог организаций ПФО, оказывающих помощь людям с психическими особенностями, 2019; Солохина Т.А. с соавт., 2021).

Таким образом, полученные результаты проведенного исследования позволяют сформулировать выводы и практические рекомендации.

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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптация теста Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» на русскоязычной выборке / Е.А. Сергиенко и др. // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 55–73.
2. Айгунова О.А. Особенности базовых компонентов эмоционального интеллекта математически одаренных юношей с разной учебной успешностью: дис. ... канд. психол. наук / Айгунова Ольга Александровна. М., 2011. 192 с.
3. Алтынбеков К.С. Оптимизация психиатрической помощи больным шизофренией в условиях стационара: клиничко-терапевтические, организационные и фармакоэкономические аспекты: дис. ... д-ра мед. наук / Алтынбеков Куаныш Сагатович. СПб., 2017. 370 с.
4. Алфимова М.В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 3. С. 20–25.
5. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Концепция «recovery» и нарративная медицина // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. СПб.: Изд-во «Таро», 2014. Вып. II. С. 26–33.
6. Базарсадаева Э.Ж. К вопросу об истории изучения эмоционального интеллекта // Вестник Бурятского государственного университета. 2013. № 5. С. 24–31.
7. Бочеева Е.А. Анализ первичной инвалидности вследствие шизофрении по обращаемости в БМСЭ Ростовской области в динамике за 2006–2010 гг. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2012. № 1. С. 69–72.
8. Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической

помощи: Сборник методических рекомендаций. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 284 с.

9. Бурминский Д.С. Резидуальные психотические расстройства в ремиссии шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением: клиническая типология и терапевтические подходы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бурминский Денис Сергеевич. М., 2018. 24 с.

10. Бурыгина Л.А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бурыгина Лариса Андреевна. М., 2013. 25 с.

11. Бурыгина Л.А., Ушаков Ю.В., Пономарева И.А. Организация медицинской помощи и социальной реабилитации // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014. № 4. С. 28–33.

12. Валидизация международных критериев на популяции амбулаторных больных / С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, Ю.М. Дедюрина и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110, № 5. С. 71–75.

13. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении / С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, А.А. Шафаренко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. XXI, № 3. С. 36–42.

14. Васильева Е.А. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с высокой, необусловленной клиническими показаниями, обращаемостью в психиатрические учреждения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Васильева Екатерина Александровна. М., 2006. 21 с.

15. Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, вып. 4. С. 30–34.

16. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи / Л.С. Шевченко, В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Н.А. Творогова // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 2. С. 28–33.
17. ВОЗ: Всемирный доклад об инвалидности. 2011. С. 15.
18. Волчкова Т.Ф. Психосоциальная реабилитация больных расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Волчкова Татьяна Федоровна. Томск, 2013. 26 с.
19. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. Женева, 2014. URL: <http://www.who.int/> (дата обращения: 20.02.2015).
20. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень о состоянии здоровья в мире. 2016. URL: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/ru/index.html> (дата обращения: 28.01.2018).
21. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Инвалидность и здоровье [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень. 2015. № 352. 1 декабря. URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/566ee37f4.html> (дата обращения: 08.06.2018).
22. Гажа А.К., Монастырский В.А., Струкова Е.Ю. Построение системы поэтапной психосоциальной реабилитации в психиатрическом стационаре // Проблемы и перспективы развития стационарной помощи: в 2 т. / Под ред. О.В. Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009. Т. II. С. 100–105.
23. Ганиханов А.А. Оценка динамики и прогноз инвалидности по психическим расстройствам в Республике Узбекистан на 2009–2011 гг. // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2008. № 1. С. 51–53.
24. Говорин Н.В., Панина А.Н. Влияние разных видов антипсихотической терапии на нейрокогнитивный дефицит и клинические проявления у впервые выявленных больных параноидной шизофренией // Терапия психических расстройств. 2007. № 1. С. 14–17.

25. Головина А.Г., Кравченко Н.Е. Психобразование как составляющая амбулаторной терапии подростков с психическими расстройствами // Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания: матер. Всерос. конгресса с междунар. участием. СПб., 9-11 июня 2016 г. [Электронное издание] / Под ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. СПб.: Альта Астра, 2016. С. 231–232.

26. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе: Пособие для врачей / Л.И. Сальникова, Н.Д. Семенова, Я.А. Сторожакова и др. М.: ООО «ИПУЗ», 2013. 39 с.

27. Гуменюк Л.Н., Савин А.А. Первый психотический эпизод шизофрении как медико-социальная проблема // Таврический журнал психиатрии. 2010. Т. 14, № 2 (51). С. 27–33.

28. Гуревич К.М. Дифференциальная психология и психодиагностика: Избранные труды. СПб.: Питер, 2008. 336 с.

29. Гурович И.Я. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 283 с.

30. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.

31. Гурович И.Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.

32. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 8. С. 7–14.

33. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, вып. 4. С. 34–40.

34. Данилов Д.С. Купирующая терапия обострений непрерывной параноидной шизофрении: эффективность клозапина, рисперидона, оланзапина, кветиапина и типичных нейролептиков и ее зависимость от клинических особенностей заболевания // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 3. С. 82–88.

35. Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П. Инновационные подходы к реабилитации инвалидов в психоневрологическом интернате // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2010. № 4. С. 20–23.

36. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе / Н.Г. Шашкова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 36–42.

37. Дмитриева Т.Б. От реформ здравоохранения к повышению качества психиатрической помощи // Современные подходы к управлению качеством деятельности психиатрической и судебно-психиатрической службы страны: матер. всерос. совещания. 25-27 апреля 2006 г. ГНЦССП Росздрава. СПб., 2006. С. 5–12.

38. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов российской федерации за 2014 год [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979> (дата обращения: 06.07.2016).

39. Европейская декларация по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения // Главный врач. 2005. № 1. С. 10–13.

40. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 43–47.

41. Жукова О.А., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 676–680.

42. Завьялова Н.Е., Салмина-Хвостова О.И. Оценка эффективности алпразолама в терапии панического расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 61–64.
43. Зайцева Ю.С., Корсакова Н.К., Гурович И.Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 76–82.
44. Здоровоохранение в России: 2017 / Под ред. Г.К. Оксенойт и др. // Статистический сборник. М., 2017. 170 с.
45. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л.: Медицина, 1964. 16 с.
46. Иванов М.В., Янушко М.Г. Фармакотерапевтический подход к коррекции когнитивных нарушений при шизофрении: методические рекомендации для врачей. СПб.: СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. 20 с.
47. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и качество жизни / М.М. Кабанов: сб. науч. тр. СПб.: СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001, Т. 137. С. 24–29.
48. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: Монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.
49. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья: Рук-во для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.
50. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи / Е.К. Чуканова, В.А. Шевченко, А.Б. Шмуклер и др. // Российский психиатрический журнал. 2008. № 5. С. 70–74.
51. Клиническая и социальная эффективность лечения шизофрении палипериδοном пальмитатом (ксеплионом™) / Е.Б. Любов, Н.М. Потешкин,

С.А. Чапурин, Ю.Ю. Чурилин // Социальная клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 59–66.

52. Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Современные тенденции медико-социальной помощи больным психическими расстройствами // Фундаментальные исследования. 2013. № 6 (2). С. 485–489.

53. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией / О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, Н.Д. Семенова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 36–44.

54. Лиманкин О.В. Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования: клиничко-статистические, клиничко-эпидемиологические и организационные аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Лиманкин Олег Васильевич. М., 2015. 47 с.

55. Литвинцев С.В., Платов С.В., Колчев А.И. Взаимодействие и преимущество амбулаторной и стационарной психиатрической службы на примере шизофренических дебютов // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избранные труды, матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб.: СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. С. 173–176.

56. Лифинцев Д.В., Анцута А.Н. Социальная реабилитация в контексте биопсихосоциальной модели здоровья // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. 2013. № 4 (31). С. 50–60.

57. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.Н. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками [Электронный ресурс] // РФК. 2016. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/shkala-moriski-grina-plyusy-i-minusy-universalnogo-testa-rabota-nad-oshibkami> (дата обращения: 08.04.2017).

58. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю. Бремя семьи и семейная стигма у родственников пациентов с шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 4. С.22–27.

59. Любов Е.Б. «Сверхдлительный» палиперидон пальмитат (тревикта) при шизофрении: надежда и опыт // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 1. С. 48–54.

60. Любов Е.Б., Матросова М.И. Место атипичных антипсихотиков пролонгированного действия при лечении часто госпитализируемых больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 81–85.

61. Мадорский В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. М., 2012. № 4. 27 с.

62. Марута Н.А., Явдак И.А., Каленская Г.Ю. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом: методическое пособие. Харьков, 2010. 95 с.

63. Масловский С.Ю., Козловский В.Л. Измерение качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2009. № 3. С. 29–31.

64. Медведев В.Э., Фролова В.И., Кардашян Р.А. Современные модели организации и методы терапии психических расстройств // Архивъ внутренней медицины. 2015. № 6. С. 73–78.

65. Медведев, С.Э., Бутома Б.Г. Практика применения биопсихосоциального подхода в лечении и реабилитации пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III / Под ред. О.В. Лиманкина, С.В. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро», 2016. С. 162–168.

66. Методика структурной оценки социальной сети больных шизофренией: валидность и психометрические свойства / А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская, А.В. Трусова и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2021. № 1. С. 77–90.

67. Методы психосоциальной реабилитации в психиатрических учреждениях Орловской области на современном этапе организации

психиатрической помощи / Ж.Р. Гарданова, М.А. Некрасов, Д.Ф. Хритинин, Д.Н. Чернов // Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2, № 4. С. 137–142.

68. Михайлов Б.В., Мажбиц В.Б. Биопсихосоциальная модель реабилитации больных шизофренией // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 2. С. 52–54.

69. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.

70. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. № 110 (6). С. 4–11.

71. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 27–35.

72. Мухаметшина З.Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией: клиничко-социальные и психологические аспекты: дис. ... канд. мед. наук / Мухаметшина Зульфия Фарвазовна. М., 2009. 126 с.

73. Научная система В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной и гуманистической парадигмам в медицине и психологии / М.А. Акименко и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2018. № 1. С. 13–16.

74. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы / В.С. Ястребов и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 116 (9). С. 4–12.

75. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы / Под ред. О.В. Лиманкина // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. СПб.: Ковчег, 2009. Т. I. С. 32–36.

76. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации / Л.Г. Мовина, О.О. Папсуев, Э.В. Голланд и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 93–98.

77. О состоянии здравоохранения в Европе: доклад ВОЗ. 2012. С. 42–44.

78. Об административно-территориальном устройстве Саратовской области: закон Саратовской области (с изменениями на 4 февраля 2014 года) № 21-ЗСО от 03.04.2000 [Электронный ресурс] URL: <http://saratov.regnews.org/doc/ce/xd.htm> (дата обращения: 15.10.2017)

79. Обеспеченность психиатрической помощью населения Российской Федерации и Федеральных округов в 2015-2017 годы / Н.К. Демчева, О.В. Сидорюк, Т.А. Николаева и др. // Психическое здоровье. 2018. № 6. С. 13–22.

80. Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / Под общ. ред. В.Л. Лехциера. Самара, 2012. 296 с.

81. Окунева Г.А. Методика анализа использования коечного фонда // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2015. № 7. С. 30–34.

82. Оптимизация долгосрочных результатов лечения шизофрении при длительной комплексной терапии препаратом палиперидона пальмитатом в сочетании с психосоциальными вмешательствами в амбулаторных условиях / А.Г. Софронов, Т.М. Грицевская, А.П. Савельев, Т.А. Корман // Социальная клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 1. С. 39–47.

83. Оруджев Н.Я. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2010. № 6. С. 16–20.

84. Оценка экономических потерь здоровья населения на основе глобального бремени болезней DALY и эффективности затрат по всем видам медицинской помощи с использованием показателя QALY / С.А. Леонов, И.М. Сон, С.П. Ермаков, Р.И. Девишев // Менеджер здравоохранения. 2011. № 6. С. 14–28.

85. Ошибки, выявленные при приеме отчетных форм государственного статистического наблюдения за 2017 год / Б.А. Казаковцев, Т.А. Николаева, Н.А. Творогова, О.В. Сидорюк // Психическое здоровье. 2018. № 6. С. 3–12.

86. Папсуев О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с инвалидностью в условиях комплексного центра социального обслуживания: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Папсуев Олег Олегович. М., 2010. 22 с.

87. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 33–36.

88. Первый психотический эпизод: проблемы и психиатрическая помощь / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. С. 280–282.

89. Петров Д.С. Роль психообразования лиц с аффективными психическими расстройствами в рамках реабилитационной помощи // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2012. № 1. С. 103–106.

90. Плотников В.В., Плотников Д.В. Познавательная деятельность при различных типах течения шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 22–28.

91. Полякова Н.Ю. Нарушения социального познания у больных шизофренией с разной степенью когнитивного дефицита: автореф. дис. ... магистра психологии / Полякова Наталья Юрьевна. Белгород, 2009. 26 с.

92. Постановление Саратовской областной Думы от 27.09.2006 № 58-2374 о реестре административно-территориального деления Саратовской области [Электронный ресурс] URL: <http://saratov.regnews.org/doc/yw/a2.htm> (дата обращения: 15.10.2017)

93. Постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении: исследование перфекционизма / Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Паляева // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 4. С. 38–46.

94. Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А. Возможные подходы к персонализации антипсихотической терапии больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2013. Т. 113, № 10. С. 80–87.

95. Потапов А.В. Стандартизированные клиничко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Потапов Андрей Владимирович. М., 2010. 24 с.

96. Поташева А.П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клиничко-социальная и экономическая эффективность: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Поташева Ангелина Петровна. М., 2007. 21 с.

97. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2007. 180 с.

98. Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области № 389 от 30 марта 2011 года «О порядке оказания психиатрической и наркологической помощи в Саратовской области и маршрутизации

пациентов» [Электронный ресурс] URL: <http://saratov.regnews.org/doc/qq/m5.htm> (дата обращения: 21.08.2017).

99. Приказ от 10 августа 2017 года N514н «О порядке проведения профилактических медосмотров несовершеннолетних» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/50690.html/> (дата обращения: 07.06.2018).

100. Приказ от 17 мая 2012 г. N 566н. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566n> (дата обращения: 17.04.2018).

101. Применение сертиндола для лечения шизофрении / Ж.-М. Азорин, А. Каладян, Э. Факра, М. Адида // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 1. С. 81–86.

102. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое рук-во / В.Н. Краснов и др. М.: Медпрактика, 2007. 260 с.

103. Психиатрическая помощь в Омской области / Л.В. Шукиль и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 4. С. 39–49.

104. Психосоциальная помощь пациентам с психическими расстройствами и их семьям: состояние, проблемы и пути их решения / Д.Ф. Хритинин и др. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2008. № 3. С. 78–82.

105. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015. 420 с.

106. Рамонов А.В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал ВШЭ. 2011. № 4. С. 497–518.

107. Ремиссии при шизофрении: результаты популяционного и фармакотерапевтического исследования / А.В. Потапов, Ю.М. Дедюрина, Ю.В. Ушаков и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 5–12.

108. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65–76.

109. Романенко Р.Н., Ширяев О.Ю., Нестерова Т.Б. Динамика нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией с различными вариантами дефицитарной симптоматики на фоне терапии комбинациями иммуностропного средства с классическим и атипичным антипсихотиками // Прикладные информационные аспекты медицины. 2008. Т. 11, № 1. С. 143–153.

110. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. 560 с.

111. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Рычкова Ольга Валентиновна. М., 2014. 58 с.

112. Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Бюллетень Восточно-Сибирского Научного Центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2013. № 6 (94). С. 59–64.

113. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике // Практическая медицина. 2014. № 2 (78). С. 83–88.

114. Савин А.А. Методы психосоциального вмешательства в системе ранней реабилитации больных с первым психотическим эпизодом // Медична психологія. 2011. № 3. С. 23–28.

115. Сальникова Л.И., Кирьянова Е.М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 73–75.

116. Самойлова, Д.Д., Барыльник, Ю.Б. Изменчивость показателей уровня качества жизни и социального функционирования пациентов с шизофренией в зависимости от проводимого лечения // В мире научных открытий. 2016. № 7 (79). С. 47–59.

117. Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Изучение психореабилитационного потенциала пациентов, страдающих шизофренией, в условиях различных вариантов психофармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 80–86.

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

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

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

121. Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б. Система психиатрической помощи в Саратовской области и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты) // Психическое здоровье. 2017. Т. 15, № 3. С. 16–22.

122. Свиридов И.Г. Критерии эффективности психообразования при оказании психиатрической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Свиридов Игорь Геннадьевич. М., 2014. 28 с.

123. Семейно-ориентированный подход к реабилитации лиц с психическими расстройствами / Д.Ф. Хритинин и др. // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2009. Т. 17, № 3. С. 1–7.

124. Семенова Н.В. Современные подходы к формированию системы обеспечения качества психиатрической помощи (на примере Ленинградской области): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Семенова Наталия Владимировна. СПб., 2014. 50 с.

125. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направления исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016. № 4. С. 3–11.

126. Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 1. С. 37.

127. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107, вып. 5. С. 4–15.

128. Снедков Е.В., Бадри К. Факторы, сопряженные с результатами применения антипсихотиков при лечении больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2007. № 5. С. 83–89.

129. Современные тенденции в понимании реабилитации в психиатрии: обзор концепций / Д.Д. Самойлова, Ю.Б. Барыльник, С.А. Пахомова и др. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. № 4. С. 3–9.

130. Солоненко А.В., Хлопина И.В. Эффективность психообразования родственников пациентов с первым психотическим эпизодом (семейный аспект) // Кубанский научный медицинский вестник. 2008. № 6 (105). С. 74–77.

131. Солохина Т.А. Некоммерческий сектор в психиатрии: современные технологии работы, проблемы и перспективы // Психическое

здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: сборник материалов научно-практической онлайн-конференции. М., 2021. С. 16–21.

132. Солохина Т.А., Тюменкова Г.В., Данилова С.В. Консолидирующая и информационно-консультативная роль общественного совета по вопросам психического здоровья // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: сборник тезисов. СПб., 2021. С. 1962–1963.

133. Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г. Эффективность психообразовательной программы членов семей, осуществляющих уход за больными шизофренией с первым психотическим эпизодом // Психическое здоровье. 2021. № 8. С. 13–23.

134. Соотношение психологической оценки социального интеллекта с нейрофизиологическими и вегетативными показателями у больных шизофренией и психически здоровых испытуемых / Ж.В. Гарах, Ю.С. Зайцева, А.С. Орешкина и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 2. С. 75–81.

135. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2015 году / Б.А. Казаковцев и др. // Психическое здоровье. 2015. № 7. С. 3–12.

136. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализаций / В.Э. Пашковский и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 19–25.

137. Сравнительная эффективность и переносимость 15 антипсихотических препаратов при шизофрении: мета-анализ множественных терапевтических подходов / С. Лёхт, А. Киприани, Л. Спинели и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 2. С. 65–71.

138. Сравнительный анализ шкал для оценки внутренней модели сознания другого у пациентов с первым психотическим эпизодом: пилотное исследование / А.А. Морозова, А.С. Орешкина, Ж.В. Гарах и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 1. С. 26–30.

139. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация / С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, Ю.В. Ушаков и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 2. С. 9–19.

140. Стандартизированные критерии ремиссии при шизофрении / Ван Ос Дж, Т. Бернс, Р. Кавалларо и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 80–84.

141. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. М.: Издательский центр «Академия», 2006.

142. Тараканова Е.А., Кожанов А.В. Современная психофармакотерапия при шизофрении: сохранение жизни больных // Вестник академии знаний. 2015. № 12 (1). С. 120–125.

143. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1 / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 712 с.

144. Уставщикова С.В. Современные процессы урбанизации в Саратовской области // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Науки о Земле. 2015. Т. 15, вып. 2. С. 27–31.

145. Фармакоэкономические аспекты длительного лечения палиперидоном пальмитатом больных с первым эпизодом шизофрении / Е.Б. Любов и др. // Социальная клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 57–66.

146. Федеральные Клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении (по данным РОП) [Электронный ресурс]. 2016. URL: <http://psychiatr.ru/news/167> (дата обращения 07.04.2017).

147. Фукс Д.М. Возрастающая роль психосоциальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. С. 305–317.

148. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С. Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией и их семей // Журнал неврологии и психиатрии. 2012. № 5. С. 70–76.

149. Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Семке В.Я. Персонология и психотерапия: Рук-во для врачей. М.: Медицина, 2009. 520 с.

150. Цыганков Б.Д., Солоненко А.В., Косенко В.Г. Влияние семейной психологической помощи на частоту повторных госпитализаций и временную нетрудоспособность лиц с первым психотическим эпизодом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 3. С. 68–70.

151. Чомский А.Н. Влияние побочных эффектов атипичных антипсихотиков на терапевтический процесс у больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Чомский Александр Николаевич. СПб., 2008. 22 с.

152. Чуканова Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 21–27.

153. Чуркин А.А., Творогова Н.А. О применении бригадного метода обслуживания психически больных в Российской Федерации в 2010 г. // IV Национальный Конгресс по социальной и клинической психиатрии. М., 2011. 53 с.

154. Шадрин В.Н. Связь адаптации пациентов, страдающих простой и параноидной формами шизофрении с качеством их жизни [Электронный ресурс] // Медицина и образование Сибири. 2007. № 4. URL:

http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=14 (дата обращения 02.06.2017).

155. Шевченко Л.С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации // Психиатрия. 2004. № 02 (08). С. 31–35.

156. Шемет В.А., Карпюк В.А. Особенности эмоционального интеллекта, качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 35–42.

157. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. ВНА 66.8. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. [Электронный ресурс]. URL: http://psychiatr.ru/download/1861?view=1&name=A66_R8-ru.pdf (дата обращения 18.06.2018).

158. Шмуклер А.Б. Шизофрения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 176 с.

159. Широкая индивидуальная вариабельность концентрации антипсихотиков у пациентов с обострением шизофрении в условиях рутинной практики / С.С. Потанин, Д.С. Бурминский, М.А. Морозова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 73–79.

160. Шмилович А.А. Обратная сторона морали психиатрии XXI века // Независимый психиатрический журнал. 2021. № 1. С. 15–17.

161. Шмилович А.А., Толмачева А.И. Параноидная шизофрения с сенсорными автоматизмами // Независимый психиатрический журнал. 2021. № 1. С. 35–55.

162. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дис. ... д-ра мед. наук / Шмуклер Александр Борисович. М., 1999. 423 с.

163. Шмуклер А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: Достижения и дискуссионные вопросы. М.: Медпрактика-М, 2011. 28 с.

164. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. СПб.: Питер, 2010. 334 с.
165. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, С.Э. Медведев и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 5–8.
166. Экономическая оценка психиатрической помощи / пер. с англ. / Под ред. М. Кнаппа. Киев: Сфера, 2001. 353 с.
167. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве / Г.П. Костюк, А.Б. Шмуклер, С.А. Голубев и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 5–8.
168. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 572 с.
169. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia / E.C. Brown, C. Tas, H. Can et al. // *Comprehensive Psychiatry*. 2014. Vol. 55. P. 25–32.
170. Achieving symptomatic remission in outpatients with schizophrenia – a naturalistic study with quetiapine / T. Wobrock, J. Köhler, P. Klein, P. Falkai // *Acta Psychiatr. Scand.* 2009. Vol. 120. P. 120–128.
171. Addington D. Best practices: improving quality of care for patients with first-episode psychosis // *Psychiatr. Serv.* 2009. Vol. 60. P. 1164–1166.
172. Adherence to oral second-generation antipsychotic medications in patients with schizophrenia and bipolar disorder: physicians' perceptions of adherence vs. pharmacy claims / J.J. Stephenson et al. // *Int. J. Clin. Practice*. 2012. Vol. 66, № 6. P. 565–573.

173. Aghevli M.A., Blanchard J.J., Horan W.P. The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions // *Psychiatry Res.* 2003. № 119. P. 261–270.

174. AGNP consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in psychiatry: update 2011 / C. Hiemke et al. // *Pharmacopsychiatry.* 2011. Vol. 44, № 6. P. 195–235.

175. Antipsychotics, dopamine D₂ receptor occupancy and clinical improvement in schizophrenia: a meta-analysis / Z. Yilmaz et al. // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 140, № 1. P. 214–220.

176. Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? / S. Mehl, W. Rief, E. Lüllmann et al. // *J. Nervous Mental Dis.* 2010. Vol. 198. P. 516–519.

177. Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM-5 and schizophrenia research / J.W. Messinger, F. Tremeau, D. Antonius et al. // *Clin. Psychol. Rev.* 2011. № 31. P. 161–168.

178. Badre D., Wagner A.D. Left ventrolateral prefrontal cortex and the cognitive control of memory // *Neuropsychologia.* 2007. № 45. P. 2883–2901.

179. Barch D.M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much and how little we know // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31, № 4. P. 875–881.

180. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 109. P. 1–9.

181. Brülde B. Wakefield's hybrid account of mental disorder // *World Psychiatry Official Journal of the world health organization psychiatric association (WPA).* 2006. Vol. 5, № 3. P. 162–164.

182. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. Vol. 6. P. 403–418.

183. Byrne P. Psychiatry and the media // *Advances in psychiatric treatment.* 2003. Vol. 9. P. 135–143.

184. Campbell P. The role of users of psychiatric services in service development – influence not power // *Psychosocial Bulletin*. 2001. Vol. 25. P. 87–88.
185. Capacities for theory of mind, metacognition and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia / P.H. Lysaker, B.A. Leonhardt, M. Brune et al. // *Psychiatr. Res*. 2014. Vol. 219. P. 79–85.
186. Christodoulo G. About the reform in psychiatry once again // *World Psychiatry*. 2009. № 8. P. 121–122.
187. Chue P. How can the new antipsychotic medications improve quality of life in patients with schizophrenia? // *Expert Opin. Pharmacother*. 2016. Vol. 17 (13). P. 1709–1711.
188. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia / A. Lieberman et al. // *Engl. Med. J*. 2005. Vol. 353. P. 1209–1223.
189. Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: I. Verbal communication disturbances / H. Berenbaum, J.G. Kerns, L.L. Vernon et al. // *Psychiatry Res*. 2008. № 159. P. 147–156.
190. Cognitive function in schizophrenia: its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness / P.D. Harvey, M.F. Green, R.S.E. Keefe, D. Velligan // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65 P. 361–372.
191. Cohen A.S., Minor K.S. Emotional experience in patients with schizophrenia revisited: meta-analysis of laboratory studies // *Schizophr. Bull*. 2010. № 36. P. 143–150.
192. Cohen M.R., Anthony W.A. A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past // *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1998. № 2 (1). P. 69–72.
193. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients / K. Skantze, U. Malm, S.J. Dencker et. al. // *Br. J. Psychiatry*. 1992. № 161. P. 797–801.

194. Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating «theory of mind» in people with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1995. Vol. 17. P. 5–13.
195. Corrigan P.W. The social perceptual deficits of schizophrenia // *Psychiatry.* 1997. Vol. 60. P. 309–325.
196. Corrigan P.W., Penn D.L. Social cognition and schizophrenia. Washington: APA, 2001. P. 71–73.
197. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? / M. Mazza, G. Lucc, F. Pacitti et al. // *Neuropsychol. Rehab.* 2010. Vol. 20, № 5. P. 675–703.
198. Crawford M. Involving users of psychiatric services in service development – no longer an option // *Psychiatric Bulletin.* 2001. Vol. 25. P. 84–86.
199. Cuevas C., Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting // *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2015. Vol. 18, № 2. P. 121–129.
200. Davis J.M., Chen N., Glick I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003. № 60. P. 553–564.
201. Deficits of social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind in remitted patients with schizophrenia: effect of residual symptoms / E. Bora, S. Gokcen, B. Kayahan et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008. № 196. P. 95–99.
202. Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia / S. Moritz, F. Vitzthum, S. Randjbar et al. // *Curr. Opinion Psychiatry.* 2010. Vol. 23. P. 561–569.
203. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 101. P. 323–329.

204. Disorganization of semantic memory underlies alogia in schizophrenia: an analysis of verbal fluency performance in Japanese subjects / C. Sumiyoshi, T. Sumiyoshi, S. Nohara et al. // *Schizophr. Res.* 2005. № 74. P. 91–100.

205. Do we recognize facial expressions of emotions from persons with schizophrenia? / K.M. Healey, A.E. Pinkham, J.A. Richard et al. // *Schizophr. Res.* 2010. № 122. P. 44–50.

206. Dzidushko T. Social and health needs of patients staying in psychiatric hospitals // *Bulletin of the Institute of Psychiatry and Neurology.* 1984. Vol. 5. P. 20–32.

207. Eberhard J., Levander S., Lindström E. Remission in schizophrenia: analysis in a naturalistic setting // *Compr. Psychiatry.* 2009. Vol. 50. P. 200–208.

208. Effect of Adjunct Psychosocial Skills Training on Social Functioning of Schizophrenia Patients Who Get Occupational Therapy in a Community Mental Health Center: A Comparative Study // İ.G. Yilmaz Karaman, M. İzci Kasal, C. İnceç et al. / *Arch Neuropsychiatry.* 2020. Vol. 57. P. 248–253.

209. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia / J.A. Lieberman et al. // *New Engl. J. Med.* 2005. Vol. 353, № 12. P. 1209–1223.

210. Effectiveness of the Boston University approach to psychiatric rehabilitation in improving social participation in people with severe mental illnesses: a randomized controlled trial / S.A. Sanches, W.E. Swildens, B. Schaefer et al. // *Frontiers in Psychiatry.* 2020. Vol. 11. Article 571640.

211. Ekman P., Friesen W. *Picture of Facial Affect.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.

212. Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting / J.D. Henry, M.J. Green, A. DeLucia et al. // *Schizophr. Res.* 2007. № 95. P. 197–204.

213. Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum / D. Versmissen, I. Janssen, I. Myin-Germeys et al. // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 99. P. 103–110.

214. Factors influencing the choice of new generation antipsychotic medication in the treatment of patients with schizophrenia / M. Edlinger et al. // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 113, № 2. P. 246–251.

215. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // *World Psychiatry.* 2003. Vol. 2, № 1. P. 20–28.

216. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // *World Psychiatry.* 2007. Vol. 6, № 2. P. 4–10.

217. Flat affect in schizophrenia: relation to emotion processing and neurocognitive measures / R.E. Gur, C.G. Kohler, J.D. Ragland et al. // *Schizophr. Bull.* 2006. № 32. P. 279–287.

218. Frith C.D. Schizophrenia and theory of mind // *Psychol. Med.* 2004. Vol. 34. P. 385–389.

219. Fusar-Poli P., McGorry P.D., Kane J.M. The outcome of the first psychotic episode improvement // *World Psychiatry.* 2017. Vol. 16, № 3. P. 250–264.

220. Gallagher S., Varga S. Social cognition and psychopathology: a critical overview // *World Psychiatry.* 2015. № 14. P. 5–14.

221. Green M.F., Horan W.P. Social cognition in schizophrenia // *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 2010. Vol. 19. P. 243–248.

222. Hansen K., Sapin C., Toumi M. Sertindole in the treatment of schizophrenia in Poland: a cost analysis // Poster presented at the 10th Annual European Congress of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Dublin, Ireland – 2007. 20-23 October.

223. Harvey P.D., Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status // *World Psychiatry.* 2012. № 11. P. 73–89.

224. How effective are second generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials / S. Leucht, D. Arbter, R.R. Engel et al. // *Mol. Psychiatry*. 2009. Vol. 14. P. 429–447.

225. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia / J.S. Brekke, M. Hoe, J. Long et al. // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33, № 5. P. 1247–1256.

226. Identification of problems in the functioning of individuals with schizophrenia from the expert perspective: an Internet-based survey / M. Barrios, G. Guilera, M. Selb, J. Gómez-Benito // *Disabil. Rehab.* 2016. Vol. 7. P. 1–8.

227. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis / M. Hoekert, R.S. Kahn, M. Pijnenborg, A. Aleman // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 96. P. 135–145.

228. Individualizing antipsychotic drug therapy in schizophrenia: the promise of pharmacogenetics / C.U. Nnadi et al. // *Curr. Psychiatry Rep.* 2007. Vol. 9, № 4. P. 313–318.

229. Individualizing antipsychotic treatment selection in schizophrenia: characteristics of empirically derived patient subgroups / C.U. Correll, F. Cañas, I. Larmo et al. // *European Psychiatry*. 2011. Vol. 26, № 1. P. 3–11.

230. Inter-individual variability of social perception and social knowledge impairments among patients with schizophrenia / G.M. Bin Kitoko, P. Mauragec, S. Mampunzama ma Miezi et al. // *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 290. Article 112951.

231. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects / E. Nakagami, B. Xie, M. Hoe, J.S. Brekke // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 105, № 13. P. 95–104.

232. Javitt D.C. Current and emergent treatments for symptoms and neurocognitive impairment in schizophrenia // *Curr. Treat. Options Psychiatry*. 2015. № 1. P. 107–120.

233. Jones P.B., Buckley P.F., Kessler D. Schizophrenia. Churchill Livingstone, Elsevier, Lundbeck Institute, 2006. 167 p.

234. Kahn R.S., Fleischhacker W.W., Boter H. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial // *Lancet*. 2008. Vol. 371, № 9618. P. 1085–1097.

235. Kessler R.C., Ustun T.B. WHO World mental health surveys, 2008. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders. WHO: Geneva, 2008. 698 p.

236. Kucharska-Pietura K., Mortimer A. Can Antipsychotics Improve Social Cognition in Patients with Schizophrenia? // *CNS Drugs*. 2013. Vol. 27. P. 335–343.

237. Kurtz M.M., Richardson Ch.L. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38, № 5. P. 1092–1104.

238. Lehman A.F. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1983. № 40. P. 369–373.

239. Lysaker P.H., Dimaggio G. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40, № 3. P. 487–491.

240. Mahlum E., Hansen K., Sapin C. Pharmacoeconomic positioning of sertindole among antipsychotics in the management of schizophrenia in Norway // Presented at the 11th Annual European Congress of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR). Athens, Greece. 2008. 8–11 November.

241. Malla A.K., Norman R.M., Joober R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? // *Can. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 50 (14). P. 881–891.

242. Marder S.R., Galderisi S. Modern conceptualization of negative symptoms in schizophrenia // *World Psychiatry*. 2017. № 16 (1). P. 14–24.

243. Marder S.R., Galderisi S. The modern conceptualization of negative symptoms in schizophrenia // *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16, № 1. P. 16–24.
244. Markowitz J.S., Brown C.S., Moore T.R. Atypical antipsychotics: pharmacology, pharmacokinetics and efficacy // *Ann. Pharmacother.* 1999. Vol. 33. P. 73–85.
245. Marwick K., Hall J. Social cognition in schizophrenia: a review of face processing // *Br. Med. Bull.* 2008. Vol. 88, № 1. P. 43–58.
246. Mayer J.D., Salovey P. Models of Emotional Intelligence // *Handbook of Intelligence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000. P. 396–420.
247. McColl M.A., Law M., Stewart D. Theoretical basis of occupational therapy: An annotated bibliography of applied theory in the professional literature. Thorofare: SLACK. 1993. 325 p.
248. McGorry P.D., Killackey E., Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions // *World Psychiatry*. 2008. Vol. 7 (3). P. 148–156.
249. Medalia A., Revheim N., Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia // *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30. P. 1451–1459.
250. Medical decision making in antipsychotic drug choice for schizophrenia / J. Hamann et al. // *Amer. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 161, № 7. P. 1301–1304.
251. Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months / P.H. Lysaker, G. Dimaggio, A. Carcione et al. // *Schizophr. Res.* 2010. Vol. 122. P. 124–130.
252. Moller P., Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior // *Schizophr. Bull.* 2000. Vol. 26. P. 217–232.
253. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med. Care*. 1986. Vol. 24. P. 67–74.

254. Moritz S., Woodward T.S. A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* 2006. Vol. 142. P. 157–165.

255. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention // *Current Opinion in Psychiatry.* 2007. № 20. P. 619–625.

256. Motivation and its Relationship to Neurocognition, Social Cognition and Functional Outcome in Schizophrenia / D.E. Gard, M. Fisher, G. Coleman et al. // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 115, № 1. P. 74–81.

257. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia / G. Fervaha, G. Foussias, O. Agid et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2014. № 130. P. 290–299.

258. Muñoz R.F., Mrazek P.J., Haggerty R.J. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary // *American Psychologist.* 1996. Vol. 51, iss. 11. 1116 p.

259. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? / P.D. Harvey, D. Koren, A. Reichenberg et al. // *Schizophr. Bull.* 2006. № 32. P. 250–258.

260. Neurocognition and symptoms identify links between facial recognition and emotion processing in schizophrenia: meta-analytic findings / J. Ventura, R.C. Wood, A.M. Jimenez et al. // *Schizophr. Res.* 2013. № 151. P. 78–84.

261. Olsen K.A., Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia // *Review of studies.* 2006. Vol. 113. P. 247–272.

262. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome Literature / J.D. Hegarty, R.J. Baldessarini, M. Tohen et al. // *Amer. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 151. P. 1409–1416.

263. Piskulic D., Addington J. Social cognition and negative symptoms in psychosis // *Psychiatry Res.* 2011. № 188. P. 283–285.

264. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) / S.R. Kay, L.A. Opler, A. Fiszbein et al. // *Technical Manual.* – MHS, 2006.

265. Practitioner's guide to empirically based measures of social skills / D.W. Nangle, D.J. Hansen, C.A. Erdley, P.J. Norton // Springer science plus business media, LLC., 2010. 560 p.
266. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities / L.J. Phillips, P.D. McGony, A. Yung et al. // Br. J. Psychiatry. 2005. Vol. 187, suppl. 48. P. 33–44.
267. Preventing progression to first episode psychosis in early initial prodromal states / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann et al. // Br. J. Psychiatr. 2012. Vol. 200, № 1. P. 22–29.
268. Prosser A., Helfer B., Leucht S. Biological v. psychosocial treatments: A myth about pharmacotherapy v. psychotherapy // The British Journal of Psychiatry. 2016. № 208 (4). P. 309–311.
269. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update / D.L. Penn, E.J. Waldheter, D.O. Perkins et al. // Amer. J. Psychiatry. 2005. № 162. P. 2220–2232.
270. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia / S. Browne, M. Roe, A. Lane et al. // Acta Psychiatr. Scand. 1996. № 94. P. 118–124.
271. Quality of life in schizophrenic patients / J. Bobes, M.P. Garcia-Portilla, M.T. Bascaran et al. // Dialogues in Clinical Neuroscience. 2007. Vol. 9 (2). P. 215–226.
272. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia / P.M. Grant, G.A. Huh, D. Perivoliotis et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 2012. № 69. P. 121–127.
273. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis / T.H. McGlashan, R.B. Zipursky, D. Perkins et al. // Amer. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163 (5). P. 790–799.
274. Reichenberg A., Harvey P.D. Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings // Psychol. Bull. 2007. Vol. 133. P. 833–858.

275. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection / R.A. Lasser, C.A. Bossie, G.M. Gharabawi, J.M. Kane // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 77. P. 215–227.
276. Roberts D.L., Penn D.L. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 166. P. 141–147.
277. Samoylova D.D., Barylnik Y.B. Studying of psychorehabilitational potential in patients with schizophrenia at different stages of psychopharmacotherapy // *European Journal of Biomedical and Life Sciences.* 2016. № 3. P. 30–36.
278. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis / S. Leucht, C. Corves, D. Arbter et al. // *Lancet.* 2009. Vol. 373. P. 31–41.
279. Sharma T., Harvey Ph. Cognition in schizophrenia. Impairments, importance and treatment strategies // University Press. Oxford, 2000. 363 p.
280. Shean G., Meyer J. Symptoms of schizophrenia and social cognition // *Psychiatry Res.* 2009. № 170. P. 157–160.
281. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome / F. Mancuso, W.P. Horan, R.S. Kern et al. // *Schizophr. Res.* 2011. № 125. P. 143–151.
282. Social cognition in schizophrenia: a NIMH workshop on definitions, assessment and research opportunities / M.F. Green, D.L. Penn, R. Bentall et al. // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 1211–1220.
283. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients / W.P. Horan, R.S. Kern, K. Shokat-Fadai et al. // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 107. P. 47–54.
284. Standardized remission criteria in schizophrenia / J. Vanos, T. Burns, R. Cavallaro et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* 2006. Vol. 113. P. 91–95.

285. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses / B.G. Link, E.L. Struening, S. Neese-Todd et al. // *Psychiatr.* 2001. Vol. 52, № 12. P. 1621–1626.

286. The association of neurocognitive impairment with diminished expression and apathy in schizophrenia / M.N. Hartmann-Riemer, O.M. Hager, M. Kirschner et al. // *Schizophr. Res.* 2015. № 169. P. 427–432.

287. The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia / Woodward T.S., Moritz S., Cuttler C., Whitman J.C. // *J. Clin. Experiment. Neuropsychol.* 2006. Vol. 28. P. 605–617.

288. The economic consequences of deinstitutionalization of mental health services: lessons from a systematic review of European experience / M. Knapp, J. Beecham, D. McDavid et al. // *Health and Social Care in the Community.* 2011. Vol. 19, № 2. P. 113–125.

289. The effectiveness of an early intervention team in the treatment of first-episode psychosis / M. Sanbrook, A. Harris, R. Parada et al. // *AeJAMH.* 2003. Vol. 1. P. 1–9.

290. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update / R. Bustillo, J. Lauriello, W. P. Haran, S. J. Keith // *American Journal of Psychiatry.* 2001. Vol. 158 (2). P. 163–175.

291. The role of low cognitive effort and negative symptoms in neuropsychological impairment in schizophrenia / G.P. Strauss, L.F. Morra, S.K. Sullivan et al. // *Neuropsychology.* 2015. № 29. P. 282–291.

292. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel / A.E. Pinkham, J.B. Hopfinger, K.A. Pelphrey, J. Piven et al. // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40. P. 813–823.

293. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis / M. Sprong, P. Schothorst, E. Vos et al. // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 191. P. 5–13.

294. Towards a cognitive resource limitations model of diminished expression in schizotypy / A.S. Cohen, S.C. Morrison, L.A. Brown et al. // *J. Abnorm. Psychol.* 2012. № 121. P. 109–118.

295. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia – impact on functional outcome / G. Sachs, B. Winklbaur, R. Jagsch et al. // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 138. P. 262–267.
296. Tremeau F.A. Review of emotion deficits in schizophrenia // *Dialogues Clin. Neurosci.* 2006. № 8. P. 59–70.
297. Wechsler D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale.* N.Y., 1955.
298. WHO mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, 2010. 107 p.
299. Woodward T.S., Moritz S., Chen E.Y. The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode schizophrenia spectrum disorders // *Schizophr. Res.* 2006. Vol. 83. P. 297–298.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Учреждения психиатрического профиля Саратовской области

ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии», в составе которой всего 1165 коек (из них 910 психиатрических и 255 наркологических) обслуживает Воскресенский, Татищевский, Новобурасский, Красноармейский, Лысогорский, Александровогайский, Новоузенский, Краснокутский, Питерский, Ровенский районы и ЗАТО Светлый. Численность населения указанных районов в сумме на 2016 год составляет 248715 человек.

ГУЗ «Красноармейская областная психиатрическая больница имени Юрия Алексеевича Калямина», в составе которой 600 психиатрических коек, обслуживает Красноармейский район. Численность населения Красноармейского района составляет 46318 человек.

ГУЗ «Энгельсская психиатрическая больница», в составе которой всего 355 коек (из них 315 психиатрических и 40 наркологических) обслуживает Дергачевский, Марксовский, Озинский, Советский, Федоровский, Энгельсский районы и г. Энгельс. Численность населения указанных районов составляет 455043 человек.

ГУЗ «Аткарская психиатрическая больница», в составе которой 150 психиатрических коек, обслуживает Аткарский, Екатериновский, Петровский, Ртищевский районы. Численность населения указанных районов составляет 156359 человек.

ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер», в составе которого всего 60 психиатрических коек, обслуживает г. Саратов, численность населения которого составляет 845300 человек, и Саратовский район численностью населения 50632 человек.

ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» содержит всего 230 коек (из которых 180 психиатрических и 50 наркологических)

обслуживает Балаковский, Духовницкий, Ершовский, Краснопартизанский районы (численность населения в сумме 271574 человек) и г. Балаково (численность населения 191260 человек).

ГУЗ «Балашовский межрайонный психоневрологический диспансер», содержащий всего 95 коек (из которых 55 психиатрических и 40 наркологических), обслуживает Аркадакский, Романовский, Самойловский, Калининский, Турковский, Балашовский районы (с численностью населения в сумме 204497 человек) и г. Балашов (численность населения 77391 человек).

ГУЗ «Вольский межрайонный психоневрологический диспансер», в составе которого всего 60 психиатрических коек, обслуживает Балтайский, Базарнокарабулакский, Хвалынский, Вольский районы (численность населения 152309 человек) и г. Вольск (численность населения 63947 человек).

ГУЗ «Пугачевский межрайонный психоневрологический диспансер», в состав которого входит всего 40 психиатрических коек, обслуживает Ивантеевский, Перелюбский, Пугачевский районы (численность населения составляет 85972 человека) и г. Пугачев (численность населения – 41056 человек).

Кроме того, психиатрическую и наркологическую помощь населению области оказывают: клиника психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, в составе которой 60 психиатрических коек; клиника наркологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, в составе которой 30 наркологических коек; психиатрическое отделение на базе клиники гематологии и профпатологии СГМУ им. В.И. Разумовского с 40 психиатрическими койками.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
СВИДЕТЕЛЬСТВО

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2017620324

**Клинические, демографические, клинико-терапевтические
и социальные показатели у больных параноидной
шизофренией в Саратовской области**

Правообладатель: *Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования «Саратовский
государственный медицинский университет им.
В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (RU)*

Авторы: *Самойлова Дарья Дмитриевна (RU),
Барыльник Юлия Борисовна (RU)*

Заявка № 2016621545

Дата поступления 21 ноября 2016 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных 17 марта 2017 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

 Г.П. Ивлиев



ПРИЛОЖЕНИЕ В

Описание диагностических методик, используемых в работе

В исследовании применялась «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) для оценки 33 признаков психопатологической симптоматики шизофрении. Оценивалась тяжесть продуктивной симптоматики по шкале позитивных синдромов P (7 признаков), тяжесть негативной симптоматики по шкале негативных синдромов N (7 признаков), Композитный индекс (разница между позитивными и негативными симптомами), другие психические симптомы по общей психопатологической шкале G (16 признаков).

Критериями диагностики по шкале позитивных синдромов (P) являлись: Бред (P1), Концептуальная дезорганизация (специфические расстройства мышления) (P2), Галлюцинации (P3), Возбуждение (P4), Идеи величия (P5), Подозрительность, Идеи преследования (P6), Враждебность (P7).

По шкале негативных синдромов (N) оценивались: Приглушенный аффект (N1), Эмоциональная отгороженность (N2), Трудности в общении (недостаточный раппорт, некоммуникабельность) (N3), Пассивно-апатическая социальная отгороженность (N4), Нарушения абстрактного мышления (N5), Нарушение спонтанности и плавности речи (N6), Стереотипное мышление (N7).

По шкале общей психопатологии (G) оценивались: Соматическая озабоченность (G1), Тревога (G2), Чувство вины (G3), Напряженность (G4), Манерность и поза (G5), Депрессия (G6), Моторная заторможенность (G7), Малоконтактность (отказ от сотрудничества, малообщительность) (G8), Необычное содержание мыслей (G9), Дезориентация (G10), Нарушение внимания (G11), Снижение критичности и осознания болезни (G12),

Нарушение воли (G13), Ослабление контроля импульсивности (G14), Загруженность психическими переживаниями (отрешенность от реальности) (G15), Активная социальная отстраненность (G16).

Каждый признак может иметь степень выраженности от 1 до 7 баллов, где 1 – признак отсутствует, 2 – минимальная выраженность, 3 – слабая, 4 – умеренная, 5 – от умеренной до сильной, 6 – сильная, 7 – крайняя. Баллы по каждому симптому суммируются внутри шкал позитивной симптоматики, негативной симптоматики, общей психопатологии. От 7 до 49 баллов может составлять сумма по позитивной, негативной симптоматике, от 16 до 112 баллов по общей психопатологической симптоматике. Композитный индекс – разность суммы баллов позитивных и негативных симптомов – биполярный показатель, отражающий превалирование одного симптома над другим. Его значение колеблется от -42 до +42 баллов.

Методика Понимания намека «Hinting Task» состоит из десяти кратких историй, направленных на оценку функционирования ВМСД (Theory of mind) (Corcoran R., Mercer G., Frith C.D., 1995, модификация Поляковой Н.Ю., 2007). От пациента требуется вынести социальное суждение о намерениях главного героя: после чтения каждой истории пациента спрашивают, что главный герой/героиня имеет в виду. По существу, рассказы обеспечивают социальный контекст, в котором пациенты должны мысленно представить себя, чтобы правильно определить намерения и ответить на вопрос. Перед испытуемым поочередно помещают карточки, по которым пациент следит за текстом. На обратной стороне карточки помещается продолжение истории, которая используется в качестве подсказки в случае, если на первый вопрос пациент отвечает неверно. За каждую ситуацию пациенты, давшие правильный ответ без дополнительной информации, получают по 2 балла (максимальный результат – 20 баллов). С учетом уровня нарушений социальных когниций некоторым из участников может потребоваться дополнительная информация. Правильный ответ после получения дополнительной информации расценивается в 1 балл. Если

пациент не отвечает на вопрос даже после подсказки, то результат оценивается как 0 баллов. Методика занимает около 10 минут, оценки выставляются во время предъявления. У методики «Hinting Task» имеется одна особенность, которая заключается в том, что большинство пациентов справляется со всеми заданиями и наблюдается так называемый «эффект потолка», когда пациенты с негрубой патологией демонстрируют результаты, близкие к максимальным. Тест рекомендован к применению по результатам исследования SCOPE и консенсусного заседания RAND (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J. et al., 2014). Применение методики «Hinting Task», разработанной в рамках концепции «модель психического» («theory of mind»), предназначенной для изучения способности к пониманию того, что думает, планирует, какой смысл и намерения скрывает другой человек, можно встретить в работах О.В. Рычковой (2014); О.О. Папсуева, М.В. Миняйчевой (2015); А.А. Морозовой, А.С. Орешкина, Ж.В. Гараха с соавт. (2017).

«Лица Экмана» — методика, направленная на оценку способности к распознаванию эмоций. Пациентам поэтапно демонстрировали 14 фотографий. Всего было представлено 7 изображений эмоций (удивление, печаль, счастье, страх, презрение, гнев, удовольствие). Правильный ответ пациента оценивался в 1 балл, максимально за тест можно было получить 14 баллов. Описанная методика представляет большой практический интерес в психиатрии и клинической психологии в связи с высокой объективизацией и стандартизацией диагностируемых признаков. Известно, что Пол Экман изучал эмоции более сорока лет, уделяя основное внимание выражению эмоций, а в последнее время и физиологии эмоций. Он обследовал пациентов психиатрических клиник, нормальных, здоровых взрослых и детей в США и во многих других странах, наблюдая, как эти люди проявляют чрезмерную, недостаточную или неадекватную эмоциональную реакцию, как они лгут и как говорят правду (Экман П., 2010).

Методика «Лица Экмана» была апробирована и широко применяется в психиатрической практике (медико-реабилитационное отделение филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, медико-реабилитационное отделение ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», санаторное отделение СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»)

В настоящее время методика способности к распознаванию эмоций «Лица Экмана» используется сотнями ученых во всем мире, а также в России, что подтверждается исследованиями, проведенными в центральных научных и лечебных учреждениях (медико-реабилитационное отделение филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, медико-реабилитационное отделение ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», санаторное отделение СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ») (Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. с соавт., 2015). В Москве открыто официальное эксклюзивное представительство Paul Ekman international в России.

В настоящей работе применяли наиболее простую в использовании и доступную версию методики способности к распознаванию эмоций «Лица Экмана», содержащую 14 фотографий. Тест рекомендован к применению по результатам исследования SCOPE и консенсусного заседания RAND (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Pelphrey K.A., Piven J. et al., 2014).

Стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера (компьютерный вариант WAIS 2.1.1) включает в себя 11 субтестов, результаты выполнения которых позволяют рассчитать также обобщенные показатели (показатели общего, а также вербального и невербального интеллекта). Тест Векслера состоит из 11 отдельных субтестов, разделенных на 2 группы: 6 вербальных и 5 невербальных. Каждый тест включает от 10 до

30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т. д. К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, сложение фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс. Учитывают общий интеллектуальный коэффициент (IQ), соотношение «вербального и невербального» интеллекта, анализируют выполнение каждого задания.

Классификация уровней интеллекта (Векслер Д.):

- 130 баллов и выше — очень высокий IQ;
- 120–129 баллов — высокий IQ;
- 110–119 баллов — хорошая норма;
- 90–109 баллов — средний IQ;
- 80–89 баллов — плохая норма;
- 70–79 баллов — пограничная зона;
- 69 баллов и ниже — умственный дефект.

Количественная и качественная оценки выполнения испытуемым заданий дают возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы хуже и как они могут компенсироваться. Низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений.

Уровень нарушения когнитивных функций определяется диагностическим тестом Векслера, который было предложено использовать в работе в качестве когнитивного тренинга для пациентов с параноидной шизофренией как составляющей психореабилитационных мероприятий. Режим проведения когнитивного тренинга зависит от степени сохранности интеллекта пациентов с шизофренией и варьирует от 1 до 3 раз в месяц при прохождении пациентами курса психосоциальной реабилитации.

Использовался опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, разработанный и валидизированный А.Б. Шмуклером и И.Я. Гуровичем в 1994 году. Опросник представляет собой полуструктурированное интервью и включает ряд разделов: демографические данные; сведения о течении заболевания и особенностях диспансерного наблюдения, об образовании и трудовой деятельности, материально-бытовой сфере, в том числе данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой, дневной активности, включая самообслуживание; семейное положение; социальные контакты. Каждый раздел содержит объективные характеристики социального статуса пациента (профессия, соответствие работы полученному образованию, наличие или отсутствие группы инвалидности и т.п.), его функционирования (частота изменений мест работы, их причина) и субъективную оценку, то есть удовлетворенность больного соответствующей сферой жизни. Для формализации последнего показателя больным предлагается выбрать одно из следующих высказываний: «абсолютно не удовлетворен», «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен», «скорее удовлетворен, чем не удовлетворен», «удовлетворен полностью». Опросник не является шкалой, а имеет качественный характер, то есть данные большинства пунктов не оцениваются в баллах, а полученные результаты не суммируются в общий балл, оцениваясь по отдельности. Вместе с тем, для анализа социального функционирования больных в динамике используется несколько пунктов опросника, построенных по типу шкалы (количественная оценка): «физическая работоспособность», «интеллектуальная продуктивность», «контакты с окружающими». Выраженность указанных нарушений социального функционирования оценивается в баллах от 0 (относительно удовлетворительный уровень функционирования) до 4 (крайне низкий уровень функционирования). Однако и в этом случае каждый пункт оценивается в отдельности, не суммируясь с результатами других пунктов (Гурович И.Я., 1998).

При проведении научных исследований данные, полученные по каждому из показателей в отдельности (например, количество пациентов с высоким качеством жизни), могут подвергаться статистическому анализу для определения различий до и после того или иного вмешательства, а также соотношения между объективным положением больных и их субъективной оценкой.

Опросник заполняется врачом, специалистом по социальной работе или другим обученным персоналом. Сведения сообщаются не только самим пациентом, но и складываются из данных, получаемых объективно (из медицинской и другой документации, со слов родственников и т.п.), что позволяет иметь более точную и адекватную информацию. Подобный подход, однако, применяется только для пунктов, объективно отражающих социальный статус и функционирование пациентов. Параграфы, отражающие субъективную оценку пациентов – удовлетворенность больных той или иной стороной жизни, то есть их качество жизни заполняются строго на основе суждений самих пациентов. Учитывая, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, а для получения достоверных результатов обязательным условием является возможность адекватно понимать поставленные вопросы, из этой части опроса исключаются больные с деменциями, глубокой умственной отсталостью и измененностью сознания.

«Шкала приверженности лечению Мориски-Грина» является наиболее известным, простым и лаконичным тестом, валидированным в 1985 г. и опубликованным авторами в 1986 г (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986). С тех пор данный тест широко применяется в клинической практике для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов. Тест включает 4 вопроса (4-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS-4), определяющих, пропускает ли больной прием лекарственных препаратов, если чувствует себе хорошо или плохо, забывает ли он принимать лекарства и внимательно ли относится к рекомендованному времени приема препаратов. На каждый вопрос предлагается выбрать

положительный или отрицательный ответ (да/нет). Каждый отрицательный ответ оценивается в 1 балл. Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными к терапии, 1-2 балла – не приверженными, 3 балла – недостаточно приверженными, с риском перехода в группу не приверженных к лечению.

До сих пор «золотого стандарта» определения приверженности пациента к терапии не существует. Несомненными преимуществами теста являются его краткость и, соответственно, быстрота выполнения, универсальность (что позволяет использовать тест у больных различными заболеваниями), простота интерпретации результатов теста (Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П., 2016).

Тест Мориски-Грина применяется при стандартном обследовании пациентов с различными хроническими заболеваниями для выявления потенциально не приверженных к лечению больных, требующих большего врачебного внимания. Высокая надежность теста была подтверждена и при использовании его у амбулаторных пациентов с психическими заболеваниями (Cuevas C., Peñate W., 2015).

«Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы» (Сильникова Л.И., Мовина Л.Г., 2002) включает 16 вопросов, на которые предлагается дать субъективную оценку необходимости получения информации больным о психических расстройствах, их симптомах, методах лечения, собственной роли в процессе лечения, службах и формах специализированной помощи. Оценка полученных результатов проводилась по каждому пункту опросника отдельно, а также путем расчета среднеарифметической по пятибалльной шкале.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Формы федерального статистического наблюдения

Формы федерального статистического наблюдения: № 10 «Сведения о заболевших психическими расстройствами и расстройствами поведения, исключая случаи употребления психоактивных веществ» и № 36 «Сведения о контингентах психически больных», утвержденных Постановлением Госкомстата РФ от 29.06.1999 г. № 49, с 2008 г. – в новой редакции, утвержденной Приказом Росстата от 13.08.2009 г. № 171.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Описание проведения теста Векслера как когнитивного тренинга

Для реализации методики необходимо наличие специалиста — психиатра или клинического психолога, а также компьютера, удовлетворяющего следующим системным требованиям:

- операционная система (ОС): WINDOWS Me/XP/Vista/7;
- как минимум 12,87 Мб свободного дискового пространства для установки программы;
- достаточное свободное пространство на жестком диске для хранения пакетов, создаваемых в процессе работы системы;
- монитор и видеокарта с поддержкой режима VGA (разрешение 800 × 600 или выше);
- программное обеспечение WAIS v. 2.1.1, реализующее компьютерную версию приведенной ниже методики.

Данное программное обеспечение можно получить по адресу в интернете: <http://www.mmpi.ru/wais3.0.exe>, служба технической поддержки: admin@psycom.ru.

Ключ для установки: 23524-45334-51236-33447; ключ для регистрации: 9U9Y5-11S4Y-070PR-Y0TL2.

Визуально ознакомиться с программой можно на сайте: www.psycom.ru, e-mail: mmpi@inbox.ru.

Когнитивные функции оцениваются набором субтестов, позволяющих судить о качестве и степени нарушения психических процессов. Входящие в состав субтесты максимально полно охватывают когнитивные функции, специфически нарушенные у больных шизофренией, а полученные с помощью этих субтестов данные помогают провести как качественный анализ когнитивного дефицита в конкретный момент времени, так и количественно отследить динамику изменений.

Тест WAIS состоит из двух больших частей — вербальной и невербальной. Вербальная часть состоит из шести субтестов, невербальная — из пяти, тестирование по которым занимает в зависимости от скорости выполнения от 1,5 до 2 часов. При утомлении пациентов во время выполнения теста предоставляются перерывы на 15 минут, что не оказывает влияния на общую результативность.

Субтесты вербальной части:

2) субтест общей осведомленности. Исследует запас относительно простых сведений и знаний. Предлагается 29 вопросов, оценка — 1 балл за правильное решение каждого вопроса;

3) субтест общей понятливости. Оценивает полноту понимания смысла выражений, способность к суждению, понимание общественных норм. Испытуемый должен дать ответ о своих предполагаемых действиях в описанной ситуации. Предлагается 14 вопросов, оценка в зависимости от точности ответа — 0, 1 или 2 балла;

4) арифметический субтест. Оценивает концентрацию внимания, легкость оперирования числовым материалом. Испытуемый должен устно решить серию арифметических задач. Дается оценка не только точности ответа, но и затраченного на решение времени. При выполнении этого субтеста результаты оцениваются по-разному: с 1 по 10 задачи верное решение — 1 балл, неверное — 0 баллов. Время выполнения строго лимитировано: 1-4 задачи по 15 сек, 5-10 задачи по 30 сек. На решение 11-13 задач отводится по 60 сек, а 14 задачи — 120 сек. При быстром решении 11-14 задач даются премиальные баллы: 11 задача решена за 1-10 сек — 2 балла, больше 10 сек — 1 балл. Аналогично для 12 и 13 задач. При решении 14 задачи за 1-20 сек — 2 балла, больше 20 сек — 1 балл.

5) субтест установления сходства. Оценивает способность к формированию понятий, классификации, упорядочиванию, абстрагированию, сравнению. Испытуемый должен установить и охарактеризовать общность между парой понятий. Оценка варьирует от 0 до 2 баллов в зависимости от

достигнутого уровня обобщения: конкретного, функционального, концептуального. В субтесте предлагается 13 пар понятий;

6) субтест повторения цифровых рядов. Направлен на исследование оперативной памяти и внимания, состоит из двух частей: запоминания и повторения чисел в прямом и обратном порядке. Если повторен ряд в прямом порядке из 7 цифр, а в обратном из 5, то за первый опыт дается 7 баллов (по числу повторенных цифр) и за второй 5 баллов. Находится общий балл, равный в данном примере 12;

7) словарный субтест. Направлен на изучение вербального опыта (понимания и умения определить содержание слов). Предлагается объяснить значение ряда слов. Всего в задании 42 слова: первые 10 – весьма распространенные, повседневного употребления; следующие 20 – средней сложности; третью группу составляют 12 слов высокой степени сложности. Оценка – от 0 до 2 баллов.

Субтесты невербальной части:

1) субтест шифровки цифр. Изучает степень усвоения зрительно-двигательных навыков. Задача состоит в том, чтобы написать под каждой цифрой в клеточке соответствующий ей символ (набор символов предлагается). Время выполнения лимитировано. Оценка соответствует количеству правильно зашифрованных цифр.

2) субтест нахождения недостающих деталей. Изучает особенности зрительного восприятия, наблюдательность, способность отличить существенные детали. Испытуемому предъявляют 21 изображение, в каждом из которых необходимо отыскать какую-либо недостающую деталь или какое-то несоответствие. Правильный ответ оценивается одним баллом. Время выполнения – 20 секунд. Оценка 1 балл за каждую правильную деталь.

3) субтест кубиков Коса. Направлен на изучение сенсомоторной координации, способности синтеза целого из частей. Испытуемому предлагают последовательно воспроизвести десять образцов рисунков из разноцветных деревянных кубиков. Время ограничивается по каждому

заданию. Оценка зависит как от точности, так и от времени исполнения задания. Если испытуемый справляется с первого раза самостоятельно, то выставляется оценка 4 балла, если испытуемый справляется после помощи экзаменатора, то 2 балла. Максимальная оценка по субтесту – 48 баллов.

4) субтест последовательности картинок. Исследует способность к организации фрагментов в логическое целое, к пониманию ситуации и предвосхищению событий. В задании предлагается восемь серий картинок. В каждой серии картинки объединены сюжетом, в соответствии с которым испытуемый должен расположить их в определенной последовательности. Оценка зависит от правильности и времени решения. Помощь при составлении серий оказывается только в первых двух сериях, и тогда, в случае повторного верного расположения картинок испытуемым, количество баллов уменьшается до двух.

5) субтест составления фигур. Направлен на изучение способности синтеза целого из частей. Испытуемому предлагают в определенной последовательности детали четырех фигур («человек», «профиль», «рука», «слон») без указания на то, что из этих деталей должно быть составлено. В оценке учитывается время и правильность решения.

Задания в каждом субтесте расположены в порядке возрастания трудности. При выполнении заданий по субтесту «арифметика» и всем невербальным субтестам учитывается как скорость, так и правильность выполнения. По остальным субтестам — только точность выполнения заданий. Уровень выполнения заданий оценивается в соответствии с возрастными нормами.

Все ответы тестируемого заносятся в специальный тестовый бланк. Желательно записывать ответы как можно полнее, особенно если экспериментатор не очень свободно владеет методикой оценки. Это даст возможность позже спокойно обдумать неоднозначные, неясные ответы и правильно оценить их.

Работа строилась на основании принципов полипрофессионального ведения случая при участии клинического психолога и волонтеров. Тренинги проводились в группах, количество участников варьировалось от 2 до 5 пациентов.

Алгоритм возможной коррекции когнитивного дефицита состоит из нескольких последовательных этапов. При этом максимально полное и точное выполнение диагностических и лечебных мероприятий на каждом из этапов повышает эффективность предлагаемого метода.

I этап. Диагностика проявлений когнитивного дефицита.

II этап. Оценка выявленных когнитивных нарушений, анализ их связи с длительностью расстройства и вариантом проводимой терапии.

III этап. Рекомендации по применению когнитивного тренинга, исходя из клинической картины и выявленного когнитивного дефицита.

Диагностика проявлений когнитивного дефицита (I этап)

Инструкции для проведения всех субтестов предъявляются испытуемому согласно инструкции для используемой методики. Во время тестирования

методики следует использовать субтесты в следующем порядке:

- 1) субтест общей осведомленности – 29 вопросов;
- 2) субтест общей понятливости – 14 вопросов;
- 3) арифметический субтест – 14 заданий;
- 4) субтест установления сходства – 13 пар понятий;
- 5) субтест повторения цифровых рядов – 1-я часть содержит ряды, в которых от 3 до 9 цифр; 2-я часть включает ряды от 2 до 8 цифр;
- 6) словарный субтест – 42 слова;
- 7) субтест шифровки цифр – всего 100 цифр;
- 8) субтест нахождения недостающих деталей – 21 изображение;
- 9) субтест кубиков Коса – 40 заданий;
- 10) субтест последовательности картинок – 8 серий картинок;
- 11) субтест составления фигур – 4 задания.

Обработка полученных данных и их интерпретация проводятся в соответствии с формируемым компьютерным отчетом.

Оценка выявленных когнитивных нарушений (II этап)

- 1) субтест общей осведомленности – 0–29 баллов;
- 2) субтест общей понятливости – 0–28 баллов;
- 3) арифметический субтест – 0–14 баллов;
- 4) субтест установления сходства – 0–26баллов;
- 5) субтест повторения цифровых рядов – 0–17 баллов;
- 6) словарный субтест – 0–84 баллов;
- 7) субтест шифровки цифр – 0–100 баллов;
- 8) субтест нахождения недостающих деталей – 0–21 балл;
- 9) субтест кубиков Косса – 0–40 баллов;
- 10) субтест последовательности картинок – 0–8 баллов;
- 11) субтест составления фигур – 0–4 баллов.

Границы уровней интеллекта: 130 баллов и выше – весьма высокий уровень, 120–129 баллов – высокий, 110–119 баллов – хорошая норма, 90–109 баллов – средний уровень, 80–89 баллов – сниженная норма, 70–79 баллов – пограничный уровень, 69 баллов и ниже – умственный дефект.

Рекомендации по применению когнитивного тренинга (III этап)

Режим проведения когнитивного тренинга Векслера менялся в зависимости от этапа нахождения пациента (стационарной или амбулаторной реабилитации).

При стационарной психосоциальной реабилитации при уровне интеллекта по диагностическому тесту Векслера 89 баллов и ниже когнитивный тренинг 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.

При амбулаторной реабилитации в течение года при уровне интеллекта по диагностическому тесту Векслера «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).

ПРИЛОЖЕНИЕ Е**Акты о внедрении****УТВЕРЖДАЮ**

Проректор

по научной работе

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ

им. В.И. Разумовского

Минздрава России

А.С. Федонников



« 03 » 20 20 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ**РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ НАУЧНОЙ РАБОТЫ**№ 135

1. Наименование предложения: *разработать и научно обосновать современные принципы, оптимальную организационную модель и алгоритм проведения психореабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала пациентов с параноидной шизофренией для повышения качества оказания психиатрической помощи на территории Саратовской области.*
2. Краткая аннотация: *многообразие тенденций и неоднозначность подходов к психосоциальной реабилитации в психиатрии, отсутствие единых федеральных методических рекомендаций по разработке целевых программ развития психиатрической помощи в регионах, свидетельствуют о необходимости создания программ психореабилитационных мероприятий для пациентов с параноидной шизофренией.*
3. Эффект от внедрения: *разработана и научно обоснована оптимальная модель комплексной персонализированной психосоциальной реабилитационной помощи пациентам с параноидной шизофренией на фоне адекватной, непрерывной психофармакотерапии.*
4. Место и время использования предложения: *используется в отделениях психиатрического профиля ГУЗ Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии.*
5. Название кафедры: *кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии*
6. Тематика научного направления: *«Перспективы развития психосоциальной реабилитации в системе оказания психиатрической помощи пациентам с параноидной шизофренией»*

Автор: _____  Д.Д. Самойлова, доцент, к.м.нЗаведующий кафедрой: _____  Ю.Б. Барыльник, профессор, д.м.н.Начальник научного отдела: _____  А.Р. Киселев д.м.н.Дата: « 16 » 03 2020 г.

Подписи

ЗАВЕРЯЮ:
Начальник ОК СГМУ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе –
 директор института подготовки кадров
 высшей квалификации и ДПО
 ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
 им. В.И. Разумовского
 Минздрава России
 проф. И.О. Бугаева



« 26 » 02 2020 г.

АКТ
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ
 № 730

1. Наименование кафедры, дисциплины: *кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, дисциплина «Психиатрия, медицинская психология».*

2. Курс, факультет: *5 курс лечебный факультет, 5 курс педиатрический факультет, 2 курс факультета клинической психологии.*

3. Место и время использования (лекция, практическое занятие):
Практическое занятие «Основные методы лечения психических расстройств. Общие принципы неотложной терапии критических состояний в психиатрии и наркологии».

4. Краткая аннотация:
Внедрены результаты НИР по определению влияния фактора психосоциальной реабилитации на эффективность комплексного лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией: разработаны современные принципы, оптимальная организационная модель и алгоритм проведения психореабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала пациентов для повышения качества оказания психиатрической помощи на территории Саратовской области.

5. Форма внедрения: *В материалах теоретических вопросов практических занятий 5 курса на лечебном и психиатрическом факультетах, 2 курса факультета клинической психологии.*

Автор: _____ *Самойлова* Д.Д. Самойлова, доцент, к.м.н.

Заведующий кафедрой: _____ *Барыльник* Ю.Б. Барыльник, профессор, д.м.н.

Заведующий учебной частью кафедрой: _____ *Барыльник* Ю.Б. Барыльник, профессор, д.м.н.

Начальник УОКОД: _____ *Клоктунова* Н.А. Клоктунова, канд. социолог. наук, доцент

Дата: « 26 » 02 2020 г.

Подписи

ЗАВЕРЯЮ:

Начальник ОК СГМУ *Иванов*

СОГЛАСОВАНО

Главный врач

ГУЗ Областная клиническая
психиатрическая больница
Святой Софии
А.Ф. Парашенко
« 20 » 03 2020 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по лечебной работе –

директор клинического центра

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.

В.И. Разумовского Минздрава России

д.м.н., доцент М.В. Еругина

« 20 » 03 2020 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ
РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ№ 1

1. Наименование предложения: *разработать современные принципы, оптимальную организационную модель и алгоритм проведения психореабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала пациентов с параноидной шизофренией для повышения качества оказания психиатрической помощи на территории Саратовской области.*

2. Краткая аннотация: *отсутствие единых федеральных методических рекомендаций по разработке целевых программ развития психиатрической помощи в регионах, многообразие тенденций и неоднозначность подходов к психосоциальной реабилитации в психиатрии свидетельствуют о необходимости создания программ психореабилитационных мероприятий для пациентов с параноидной шизофренией.*

3. Эффект от внедрения: *предложена и апробирована модель Центра и Школы психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в системе психиатрической помощи Саратовского региона с учетом преемственности, этапности оказания помощи, определения контингента, маршрутизации, сроков пребывания больных.*

4. Место и время использования предложения: *отделения психиатрического профиля ГУЗ Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии*

5. Форма внедрения: *внедрено в клиническую практику отделений ГУЗ Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии.*

6. Название кафедры: *кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии*

Автор:  Д.Д. Самойлова, доцент, к.м.н.

Заведующий кафедрой:  Ю.Б. Барыльник, профессор, д.м.н.

Руководитель подразделения – базы внедрения:  А.Ф. Парашенко, главный врач, к.м.н.

Начальник управления организации медицинской деятельности  Г.Ю. Сазанова, д.м.н.

Дата: « 20 » 03 2020 г.

Подписи

ЗАВЕРЯЮ:
Начальник ОК СГМУ 



ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Клинические наблюдения

Клиническое наблюдение 1 – группа ЦАР

Демографические данные:

Дата рождения 17 августа 1985 года. Пол мужской.

Анамнез жизни: пациент И., родился в Саратове единственным ребенком в семье служащих. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру пассивный, плаксивый, безвольный. Получил средне-специальное образование токаря-станочника. Никогда не работал. Является инвалидом II группы по психическому заболеванию. Не женат. Детей нет. В настоящее время проживает с матерью и отцом.

Из перенесенных заболеваний отмечает ангину в детском возрасте. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Клинически значимых перенесенных и сопутствующих заболеваний не выявлено.

Пациент в настоящее время не курит, на протяжении жизни никогда не курил. Алкоголь, наркотические средства никогда не принимал.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями отягощена, двоюродная сестра по линии отца страдала душевным расстройством. Психическое состояние пациента И. впервые изменилось в возрасте 17 лет, в 2002 году, когда беспричинно возникла галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Слышал «голос» внутри головы неприятного содержания, комментирующий его действия и мысли, приказывающий: «Не слушайся маму», утверждал, что его «сглазили и околдовали».

В связи с возникшей симптоматикой был госпитализирован в Саратовскую Областную психиатрическую больницу, где был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром». Получал лечение галоперидолом, циклодолом, аминазином, amitriptином. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось,

исчезли «голоса», бредовые идеи колдовства. Появилась критика к своему состоянию. Был выписан под наблюдение районного психиатра с рекомендациями продолжить лечение галоперидолом, аминазином и амитриптилином.

Последующие госпитализации 1 раз в два года происходили по социальным показаниям, в связи с выставленной в 2002 году II группой инвалидности по психическому заболеванию.

Последняя госпитализация в Саратовскую областную психиатрическую больницу им. Св. Софии 10.10.14 – 05.12.14. Предъявлял жалобы на апатию, желание все время лежать и ничем не заниматься дома, перестал выходить из дома, встречаться с друзьями, помогать матери и отцу по дому, нарушился сон, слышал «собственный голос» внутри головы императивного, бранящего характера. После купирования острого психотического состояния был включен в исследование. Получал клозапин 50 мг на ночь. На базе стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации получал полипрофессиональную помощь психиатра (PANSS, КЖ и СФ, ШКОРЛ, работа по психообразовательному пособию, комплаенс-терапия, КПВ с пациентом), клинического психолога (КПВ с пациентом и родственниками, ЛЭ, НТ, М-Г, Векслер, КОУЗ, Анкета) и специалиста по социальной работе (КПВ с родственниками).

Психический статус: Ориентирован всесторонне верно, речевому контакту доступен. Внешне малоопрятен. Лицо гипомимичное. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя несколько напряженно, недоверчиво. Предъявляет жалобы на апатию, отсутствие желания что-либо делать. Отвечает на вопросы врача, но в беседе малоинициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, односложно, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразительна. Критика к своему состоянию формальная. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказывает, наличие

«голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Сон нарушен, долго не может заснуть. Аппетит в норме.

Соматическое состояние: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 84 удара в мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Неврологическое состояние: зрачки равные, фотореакция сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии. Координаторные пробы выполняет. Сухожильные рефлексы живые. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом.

Выписан с некоторым улучшением. Рекомендовано продолжить лечение в амбулаторных условиях. В настоящее время пациент не работает. Все время в основном проводит дома, лежит, играет в компьютер, ничем не занимается. Лечение клозапином получает регулярно, переносит хорошо. Обострения психотической симптоматики после последней выписки пациента из стационара не отмечалось. На I этапе исследования состояние (перед выпиской из стационара) оценивалось в 2,2 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), рекомендовано наблюдение и психосоциальная реабилитация в амбулаторном отделении Центра на протяжении 1 года и посещение участкового врача-психиатра в 1-3 месяца. Назначен режим реабилитационных мероприятий: проведение психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, комплаенс-терапия 2 раза в месяц (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования достаточно низкий (83 балла), режим когнитивного тренинга Векслера составил 3 раза в месяц. Параллельно

проводилось обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог), которое выявило следующие показатели: КОУЗ – 42 балла, Анкета – 16 баллов, что соответствует среднему уровню знания и поддержки пациента. За время наблюдения обострений не отмечалось, сформирована ремиссия типа А, психическое состояние поддерживалось на удовлетворительном уровне. К концу наблюдения (IV этап) состояние пациента оставалось удовлетворительным, но результаты по диагностическим шкалам были достоверно лучше. Пациент стал проявлять активность, регулярно посещал Центр и Школу психосоциальной реабилитации, с интересом участвовал в творческих мероприятиях, не нарушал режим лечения (Таблица Ж.1).

Таблица Ж.1 – Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента И. на I и IV этапах наблюдения

Методики	I этап		IV этап	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	2,7	2,2	2,9	2,4
PANSS	32,2	2,4	17,5	2,9
Hinting Task	19	2,8	19	2,8
Лица Экмана	5,9	1,9	6,2	2,1
Мориски-Грина	3,2	2,8	3,3	2,8
Диагностический тест Векслера	83	1	94	1,7
ШКОРЛ	-	2,2	-	2,5

Таким образом, пациент И. с длительностью расстройства более 5 лет, получающий атипичные нейролептики в комплексе с реабилитационными мероприятиями (группа ПАР), за время наблюдения продемонстрировал улучшение психического состояния, что, по-видимому, связано с оптимальным алгоритмом ведения пациента. Рекомендовано продолжения посещения амбулаторного отделения Центра и Школы, соблюдение рекомендаций, в случае ухудшения психического состояния (при оценке по ШКОРЛ 1 балл – «неудовлетворительное состояние») направление в стационарное отделение.

Клиническое наблюдение 2 – группа IAR

Демографические данные:

Дата рождения 22 июня 1987 года. Пол мужской.

Анамнез жизни: пациент С., родился в Саратове единственным ребенком в семье служащих. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру активный, общительный, дисциплинированный. Получил высшее образование программиста-дизайнера. Работает по специальности. Разведен. Есть сын 3 лет, который живет с матерью. В настоящее время пациент проживает самостоятельно в собственной квартире.

Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию в возрасте 10 лет. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Клинически значимых перенесенных и сопутствующих заболеваний не выявлено.

Пациент в настоящее время не курит, на протяжении жизни никогда не курил. Наркотические средства никогда не принимал, алкоголь в прошлом в умеренном количестве. В настоящее время совсем не употребляет.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Состояние впервые изменилось в возрасте 24 лет, в 2011 году, однако в поле зрения психиатра длительное время не попадал, постепенно нарастала галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Слышал «голос» внутри головы, комментирующий его действия и мысли, считал, что по телевизору для него посылаются специальные сообщения, стал раздражительным, вспыльчивым, появилась тревога, нарушился сон.

В связи с нарастанием симптоматики был госпитализирован в Саратовскую Областную психиатрическую больницу, где был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром». Получал лечение галоперидолом, трифтазином, циклодолом, аминазином. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса», бредовые идеи. Появилась критика к своему состоянию. После купирования острого психотического состояния был взят в исследование.

Назначено лечение сертиндолом в дозе 8 мг/сут. На базе стационарного отделения Центра психосоциальной реабилитации получал полипрофессиональную помощь психиатра (PANSS, КЖ и СФ, ШКОРЛ, работа по психообразовательному пособию, комплаенс-терапия, КПВ с пациентом), клинического психолога (КПВ с пациентом и родственниками, ЛЭ, НТ, М-Г, Векслер, КОУЗ, Анкета) и специалиста по социальной работе (КПВ с родственниками).

Был направлен под наблюдение в амбулаторное отделение Центра психосоциальной реабилитации с посещением участкового врача-психиатра 1 раз в 3 месяца. В настоящее время пациент продолжает работать.

Психический статус: Ориентирован всесторонне верно, речевому контакту доступен. Внешне опрятен. Лицо гипомимичное. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя спокойно, к врачу доверчив. Отвечает на вопросы врача, но в беседе малоинициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, односложно, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразительна. Критика к своему состоянию формальная. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказывает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Сон нарушен, долго не может заснуть. Аппетит в норме.

Физикальное обследование: Состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Лор- и органы зрения без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Грудная клетка обычной формы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимых изменений, симптом

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул регулярный. В неврологическом статусе без патологии. Сухожильные, периостальные рефлексy S=D, патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром.

На I этапе исследования состояние (перед выпиской из стационара) оценивалось в 2,5 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), рекомендовано наблюдение и психосоциальная реабилитация в амбулаторном отделении Центра на протяжении 1 года и посещение участкового врача-психиатра 1 раз в 3 месяца.

Назначен режим реабилитационных мероприятий: проведение психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, комплаенс-терапия 2 раза в месяц (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования средний (102 балла), режим когнитивного тренинга Векслера составил 2 раза в месяц. Параллельно проводилось обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог), которое выявило следующие показатели: КОУЗ – 48 баллов, Анкета – 16 баллов, что соответствует среднему уровню знания и поддержки пациента. За время наблюдения обострений не отмечалось, сформирована ремиссия типа А.

К концу наблюдения (IV этап) состояние пациента значительно улучшилось, стало соответствовать хорошему состоянию по ШКОРЛ (2,9 балла). Пациент продолжал работать, наладил отношения с бывшей супругой и родителями, стал принимать участие в жизни сына, регулярно посещал Центр и Школу психосоциальной реабилитации, с интересом участвовал в проводимых мероприятиях, не нарушал режим лечения (Таблица Ж.2).

Таблица Ж.2 – Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента И. на I и IV этапах наблюдения

Методики	I этап		IV этап	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	3,1	2,6	3,3	2,7
PANSS	27,1	2,4	13,9	3,0
Hinting Task	19,3	2,8	19,5	3,0
Лица Экмана	6,4	2,0	8,1	2,4
Мориски-Грина	3,4	2,8	3,5	3,0
Диагностический тест Векслера	102	2,3	120	3,0
ШКОРЛ	-	2,5	-	2,9

Таким образом, пациент С. с длительностью расстройства менее 5 лет, получающий лечение атипичным нейролептиком в комплексе с программой психосоциальной реабилитации, продемонстрировал значимое улучшение психического состояния за время наблюдения, установилась стойкая ремиссия, отмечался высокий уровень комплаенса. Повысилась степень вовлеченности родственников (КОУЗ – 70 баллов, Анкета – 19 баллов). Рекомендовано продолжение наблюдения в Центре и посещение Школы с целью дальнейшего повышения мотивации и социализации, режим реабилитационных мероприятий изменен на 1 раз в месяц.

Клиническое наблюдение 3 – группа IA

Демографические данные:

Дата рождения 11 марта 1979 года. Пол мужской.

Анамнез жизни: пациент К., родился в г. Саратове единственным ребенком в рабочей семье. Рос здоровым, развивался наравне со своими сверстниками. По характеру был застенчивый, тревожно-мнительный, склонный к внутренним переживаниям. Получил высшее экономическое образование. Работал менеджером по продажам в компании «Билайн». В армии не служил. Не женат. В настоящее время проживает в 2-х комнатной квартире с бабушкой. Мать умерла. У отца – новая семья.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангину в детском возрасте. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Клинически значимых перенесенных и сопутствующих заболеваний не выявлено.

Пациент в настоящее время не курит, на протяжении жизни не курил никогда. Алкоголь, наркотические средства никогда не принимал.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Состояние впервые изменилось в возрасте 33 лет, в 2012 году, без видимой причины, когда стал уставать, снизилась концентрация внимания, стал более замкнутым, основное время проводил дома, в постели, перестал помогать по хозяйству, общаться с друзьями. Возникла галлюцинаторная и бредовая симптоматика. Слышал «голоса» мужчин внутри головы, которые комментировали его поступки, был убежден, что ему хотят навредить. Лечился в отделении психического здоровья клиники профпатологии СГМУ с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром». Получал рисперидон 4 мг/сут., феварин – 50 мг/сут. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса». Был выписан под наблюдение районного психиатра с рекомендациями получать лечение рисперидоном в дозе 4 мг/сут. В 2014 году в связи с очередным ухудшением психического состояния был повторно

госпитализирован в СГПНД, после купирования острого психотического состояния был включен в исследование. Назначено лечение сертиндолом 8 мг/сут.

В настоящее время пациент не работает. Иногда, но, со слов пациента, нечасто, встречается с друзьями. Лечение получает регулярно, переносит хорошо. Обострения психотической симптоматики после последней выписки пациента из стационара не отмечалось.

Психический статус пациента: Ориентирован правильно, речевому контакту доступен. Внешне несколько неопрятен. Волосы грязные. Выражение лица унылое. Настроение ровное. В ходе беседы пациент ведет себя спокойно. Предъявляет жалобы на «апатию, отсутствие энергии». Отвечает на вопросы врача, но в беседе безынициативен, сам вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразителен. Критика к своему состоянию формальная, неохотно рассказывает врачу о предыдущих госпитализациях в стационар, хотя частично понимает, что был болен и нуждался в госпитализации. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет: бредовых идей не высказывает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется.

Физикальное обследование: Состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Лор- и органы зрения без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Грудная клетка обычной формы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимых изменений, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное,

безболезненное, стул регулярный. В неврологическом статусе без патологии. Сухожильные, периостальные рефлексy S=D, патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчив. Менингеальных знаков нет.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный синдром.

На I этапе исследования состояние (перед выпиской из стационара) оценивалось в 2,4 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), рекомендовано наблюдение в амбулаторном отделении Центра и посещение участкового врача-психиатра 1 раз в 2-3 месяца. За время наблюдения обострений не отмечалось, однако к концу наблюдения (IV этап) состояние пациента практически не улучшилось, продолжало соответствовать удовлетворительному состоянию по ШКОРЛ (2,5 балла). Пациент не работает, не нарушает режим лечения (Таблица Ж.3).

Таблица Ж.3 – Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента И. на I и IV этапах наблюдения

Методики	I этап		IV этап	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	2,6	2,2	2,6	2,2
PANSS	30,6	2,6	21,5	2,8
Hinting Task	18,5	2,7	19,3	2,8
Лица Экмана	5,9	1,8	6,3	2,0
Мориски-Грина	3,2	2,8	3,2	2,9
Диагностический тест Векслера	110	2,3	115	2,4
ШКОРЛ	-	2,4	-	2,5

Таким образом, у пациента К. с длительностью расстройства менее 5 лет, получающего лечение атипичным нейролептиком, симптоматика оставалась стабильной, без заметного улучшения, обострений не отмечалось.

Рекомендовано продолжение наблюдения в Центре и посещение Школы. С целью дальнейшего улучшения психического состояния, повышения мотивации и социализации пациенты рекомендована программа реабилитации на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации в виде проведения психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его

родственниками, комплаенс-терапия 2 раза в месяц (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования средний (115 баллов), режим когнитивного тренинга Векслера составил 2 раза в месяц. Параллельно необходимо проводить обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог).

Клиническое наблюдение 4 – группа IT

Демографические данные:

Дата рождения 1 мая 1988 года. Пол женский.

Анамнез жизни: пациентка К., родилась в деревне Кокурино, Саратовской области старшей из двух детей в рабочей семье. Росла здоровой, развивалась наравне со своими сверстниками. По характеру была застенчивой, малоактивной, склонной к уединению. Окончила 11 классов общеобразовательной школы. Работала в теплицах. В настоящее время не работает. Является инвалидом II группы по психическому заболеванию. За мужем. От брака дочь 5 лет. В настоящее время проживает в частном доме с мужем и дочерью. С родителями общается мало.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ в детском возрасте. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Клинически значимых перенесенных и сопутствующих заболеваний не выявлено. Пациентка в настоящее время не курит, на протяжении жизни никогда не курила. Алкоголь, наркотические средства никогда не принимала.

Психиатрический анамнез: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Состояние впервые изменилось в возрасте 23 лет, в 2011 году, без видимой причины, когда нарушился сон, аппетит, появилось чувство страха, напряжение, снизилась концентрация внимания, стала более замкнутой, основное время проводила дома, перестала справляться с работой, общаться с друзьями. Возникла галлюцинаторная и бредовая симптоматика. Слышала истинные «голоса» мужчин и женщин, которые комментировали ее поступки, была убеждена, что ее преследуют посторонние люди, хотят навредить. Неоднократно находилась на стационарном лечении в Саратовской Областной психиатрической больнице. Последняя госпитализация была в 2014 году. Был выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, галлюцинаторно-параноидный синдром, непрерывно-прогредиентный тип течения». Получала лечение трифтазином

50 мг/сут., циклодолом 4 мг/сут., аминазином – 100 мг/сут. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, исчезли «голоса», стала чувствовать себя спокойнее. После купирования острой психотической симптоматики была включена в исследование (балл по ШКОРЛ составил 1,9), назначено лечение зуклопентиксолом 40 мг/сут. Рекомендовано наблюдение в амбулаторном отделении Центра с посещением районного психиатра.

Через год, в связи с нерегулярным приемом поддерживающей терапии, состояние вновь ухудшилось, появилась апатия, желание находиться дома одной, лежать в постели и ничего не делать. В связи с появившимися жалобами, пациентка вновь была госпитализирована в Саратовскую областную психиатрическую больницу. Получала лечение зуклопентиксолом 75 мг/сут. Острое состояние купировалось. Была выписана с рекомендациями продолжить лечение и наблюдение в амбулаторном отделении Центра.

В настоящее время пациентка не работает. Все время в основном проводит дома, растит дочь, занимается домашним хозяйством. Лечение получает регулярно, переносит хорошо. Обострения психотической симптоматики после последней выписки пациентки из стационара не отмечалось.

Психический статус: Ориентирована всесторонне верно, речевому контакту доступна. Внешне несколько неопрятна. Выражение лица грустное. Настроение ровное. В ходе беседы пациентка ведет себя спокойно. Доброжелательна. Предъявляет жалобы на отсутствие желания заниматься повседневной деятельностью, говорит о том, что «тяжело заниматься ребенком, хозяйством, хочется лечь и ничего не делать». Отвечает на вопросы врача, но в беседе мало инициативна, сама вопросов врачу не задает. Отвечает на вопросы врача кратко, формально, подробно рассказывает только после уточняющих вопросов, которые задает врач. Мимика лица обеднена, эмоционально невыразительна. Критика к своему состоянию формальная. Психотических расстройств на момент осмотра не выявляет:

бредовых идей не высказывает, наличие «голосов» отрицает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Сон нарушен, долго не может заснуть. Аппетит снижен.

Физикальное обследование: Состояние удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Лор- и органы зрения без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Грудная клетка обычной формы. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимых изменений, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул регулярный. В неврологическом статусе без патологии. Сухожильные, периостальные рефлексy S=D, патологических знаков нет. В позе Ромберга устойчива. Менингеальных знаков нет.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный синдром.

На I этапе исследования состояние (перед выпиской из стационара) оценивалось в 1,9 балла по ШКОРЛ (удовлетворительное), рекомендовано наблюдение в амбулаторном отделении Центра и посещение участкового врача-психиатра 1 раз в 1-3 месяца. К концу наблюдения (IV этап) состояние пациентки вновь ухудшилось. Пациентка была госпитализирована в ОКПБ, после купирования острого психического состояния выписана из стационара с рекомендациями наблюдения на базе амбулаторного отделения Центра. Психическое состояние оценивается как удовлетворительное (по ШКОРЛ 2,0 балла). В настоящее время не работает, не нарушает режим лечения (Таблица Ж.4).

Таблица Ж.4 – Показатели психического состояния по диагностическим шкалам пациента К. на I и IV этапах наблюдения

Методики	I этап		IV этап	
	Шкала	ШКОРЛ	Шкала	ШКОРЛ
КЖ и СФ	2,7	2,3	2,8	2,3
PANSS	35,4	2,1	25,4	2,6
Hinting Task	15,9	2,2	15,8	2,1
Лица Экмана	3,6	1,2	3,2	1,1
Мориски-Грина	2,5	2,1	2,5	2,1
Диагностический тест Векслера	96	1,8	97	1,8
ШКОРЛ	-	1,9	-	2,0

Таким образом, у пациентки К. с длительностью расстройства менее 5 лет, получающей лечение типичным нейролептиком, симптоматика остается стабильной, без заметного улучшения.

Рекомендовано продолжение наблюдения в Центре и посещение Школы. С целью дальнейшего улучшения психического состояния, повышения мотивации и социализации пациенты рекомендована программа реабилитации на базе амбулаторного отделения Центра психосоциальной реабилитации в виде проведения психообразовательной работы, краткосрочных психосоциальных вмешательств с пациентом и его родственниками, комплаенс-терапия 2 раза в месяц (психиатр, клинический психолог, специалист по социальной работе). Так как показатель когнитивного функционирования средний (97 баллов), режим когнитивного тренинга Векслера составил 2 раза в месяц. Параллельно необходимо проводить обследование родственников по КОУЗ и Анкете (клинический психолог).