

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РОССИЙСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ГОНЧАРЕНКО Сергей Николаевич

**Клинико-социальные аспекты добровольной госпитализации больных
параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за
психиатрической помощью**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Шмилович Андрей Аркадьевич

Москва - 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДХОДОВ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	14
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МЕТОДИКА И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ	59
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	69
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ МОТИВОВ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	95
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ.....	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	163
ВЫВОДЫ	175
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	177
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	180
ПРИЛОЖЕНИЕ А	201

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

На сегодняшний момент многие исследования отечественной психиатрии направлены на рассмотрение современных тенденций и подходов к оказанию психиатрической помощи во внебольничных условиях с акцентом на восстановление моделей социального функционирования [18,33,40,39,34,154,135,179,181]. При этом уделяется внимание вопросам предотвращения клинически необоснованных случаев поступления пациентов в психиатрический стационар и альтернативным вариантам амбулаторного ведения больных [16,21,132,134,185].

На фоне существующего в РФ дефицита врачей–психиатров и наличие ежегодной тенденции к снижению числа психиатрических коек [14,56,86] возникает актуальная потребность в выделении из числа потенциальных пациентов психиатрического стационара, добровольно обратившихся за медицинской помощью, контингента больных, для которых возможно клинически обоснованное, социально приемлемое и экономически эффективное применение современных подходов внебольничной психиатрии [22,61,74,212,214]. Кроме того, добровольное обращение бредового больного за стационарной помощью не обусловлено желанием «вылечить бредовый синдром» [95]. Оно может быть сопряжено с множеством различных факторов, не имеющих отношения к бредовым переживаниям, которые могут быть неклиническими (социальными) и, в этом случае, добровольная госпитализация бредового больного является клинически необоснованной. При этом среди исходного множества этих факторов определенный удельный вес занимают коморбидные шизофрении психические расстройства [100,167]. Большая часть этих расстройств имеет непсихотический регистр тяжести (пограничная психиатрия) и, следовательно, не требует стационарирования [113,139]. Тем не менее, эти больные часто клинически необоснованно оказываются в стационаре «по инерции диагноза».

Таким образом, выявление и изучение клинико-социальных факторов и мотивов «неклинической» госпитализации на когорте больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, представляется крайне актуальным исследованием в свете проводимых в настоящее время деинституциональных реформ, а определение причин самостоятельного обращения и разработка подходов к комплексной помощи данному контингенту больных является актуальной научной и практической задачей.

Степень разработанности темы исследования

Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что, даже при наличии серьезного дефицита коек, стационары зачастую вынужденно принимают больных, в клинической обоснованности госпитализации которых возникают явные сомнения. Речь идет о довольно ресурсоемкой категории часто госпитализирующихся пациентов-инвалидов с давно установленным диагнозом [3155,157,218,219], поводом для стационарирования которых оказывается не обострение основного заболевания, а вторичное нарушение психики, имеющее психогенную обусловленность или сложная социальная ситуация [23,50,87,121,122,123,119,162,188]. Врачам больниц с первых дней госпитализации этих больных становится очевидно, что такие «обострения» не требуют обязательного стационарирования в клинику и вполне могли бы устраняться амбулаторными службами, имея они более развитую структуру [65,63,98,99,100,175,208,220].

При этом в клинической практике отсутствуют четкие критерии госпитализации данного контингента больных, а в литературе нет достаточной информации о социальных и клинических мотивационных факторах добровольного обращения больных параноидной шизофренией за стационарной психиатрической помощью.

Цель исследования

Комплексный анализ клинических и социальных критериев обоснованности стационарного лечения больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью и разработка на этой основе комплекса мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи данному контингенту больных.

Задачи исследования

1. Анализ влияния психопатологических и социально-адаптационных характеристик на социальное функционирование больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за стационарной психиатрической помощью и определение случаев госпитализации, не обусловленных клиническими показаниями;
2. Анализ влияния клинико-социальных коррелятов и психопатологических предикторов, в том числе коморбидных депрессивных расстройств на формирование групп мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью у больных параноидной шизофренией;
3. Анализ влияния клинических и социальных факторов на формирование психосоциального статуса и групп социальной адаптации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью;
4. Определение коэффициентов относительного риска для соответствующих клинико-социальных показателей и анализ прогностически неблагоприятных клинических, социальных и мотивационных факторов необоснованного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью;
5. Разработка критериев госпитализации и формирование комплекса психосоциальных мероприятий для больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, направленных на

снижение количества необоснованных госпитализаций и совершенствование медицинской помощи данному контингенту больных.

Научная новизна

На основе определения психопатологических и клинико-социальных предикторов добровольного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью с целью дальнейшей госпитализации впервые были выделены и систематизированы мотивационные профили данного контингента пациентов.

На основе анализа выраженности клинической и социальной компенсации (декомпенсации) впервые определены прогностически значимые группы в отношении социальной адаптации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью.

Для выделенных вариантов мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, впервые определены неблагоприятные клинико-социальные факторы и произведен расчет коэффициентов относительного риска для соответствующих клинико-социальных показателей.

По результатам проведенных лечебно-реабилитационных психосоциальных воздействий и оценки их эффективности впервые сформированы критерии добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью.

Теоретическая и практическая значимость работы

Получены новые данные, систематизирующие группы социальной адаптации и основные мотивы самостоятельного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью. Своевременное выявление данных групп и мотивов позволит начинать коррекцию этих состояний

на более ранних этапах течения заболевания, что приведет в итоге, к снижению длительности госпитализаций, степени выраженности психопатологической симптоматики и депрессивных расстройств, а также к значительному улучшению персонального и социального функционирования.

Произведен расчет коэффициентов относительного риска для ряда основных клинико-социальных показателей и определены прогностически неблагоприятные социальные и клинические факторы самостоятельного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью, что позволит рекомендовать наиболее эффективные подходы к психосоциальным воздействиям для данного контингента больных.

Сформированы критерии госпитализации и произведена разработка комплексных психосоциальных мероприятий для больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью. Реализация данных мероприятий позволит избежать необоснованных госпитализаций и снизить суммарные показатели койко-дней пребывания в психиатрическом стационаре больных параноидной шизофренией со значительным экономическим эффектом.

Методология и методы исследования

В основу диссертационного исследования положен клинико-психопатологический метод, дополненный данными психометрических шкал (клиническая шкала оценки уровня депрессивных расстройств у больных шизофренией Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — CDSS; Addington et al, 1993); клиническая рейтинговая шкала оценки позитивных и негативных симптомов для типологической и многомерной оценки психопатологической симптоматики у больных шизофренией (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS; Stanley Kay et al, 1987, С.Н. Мосолов, 2001); шкала оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale - PSP; Morosini P., 2000); стандартизированная шкала

«Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS) (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. 2008; Г.Р. Саркисян, И.Я. Гурович, Р.С.Киф, 2010), позволяющих объективизировать полученные клинические данные.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica. Доверительная вероятность принималась равной 95%.

Личный вклад автора

Автор непосредственно участвовал в выборе темы, самостоятельно осуществлял подбор и анализ данных медицинской литературы, разработал дизайн, определил цели и задачи научного исследования, а также методологию сбора материалов. Автор лично провел сбор клинического материала, обследовал с помощью клинико-психопатологического и психометрических методов 150 пациентов, больных, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ» с 2014 по 2017 годы с диагнозом параноидная шизофрения. Автором лично проведен детальный статистический анализ полученных данных и их интерпретация, сделаны соответствующие выводы и заключения, нашедшие свое отражение в ряде выступлений на конференциях различного уровня и подготовленных автором публикациях.

Положения, выносимые на защиту

1. Оценку обоснованности стационарного лечения больных параноидной шизофренией возможно осуществить на основе комплексного анализа влияния клинико-социальных факторов, психопатологических предикторов и выраженности коморбидных расстройств на потребность в госпитализации и формирования соответствующих групп мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью (параноидные; небредовые психопатологические; непсихопатологические);

2. Оценку соответствия клинических проявлений уровню социальной адаптации возможно осуществить на основе разработанной классификации психосоциального статуса больных параноидной шизофренией в основе которой лежит анализ выраженности клинической и социальной компенсации (декомпенсации) различных групп пациентов (компенсированная; декомпенсированная; адаптированная; конфликтная);

3. Достижение более адекватной, соответствующей клинико-социальному состоянию, самостоятельной обращаемости за стационарной психиатрической помощью, а также повышение уровня показателей социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией, возможно осуществить на основе реализации комплексных психосоциальных мероприятий, направленных на личностно-социальные компоненты, способствующих формированию критичного отношения к проявлениям болезни и снижающих степень зависимости социального функционирования от психической патологии.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения и полученные результаты диссертационного исследования соответствуют паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (пункты 5, 7, 12).

Степень достоверности и апробация результатов

Автором работы были получены достоверные анамнестические и клинические данные на уровне участково-территориальных отделений психиатрических больниц, дневных стационаров и реабилитационных центров при психиатрических больницах. Произведен сравнительно-сопоставительный анализ клинических сведений с информацией, опубликованной в отечественных и зарубежных исследованиях. Достоверность результатов диссертации подтверждена репрезентативным объемом статистических выборок пациентов и

корректным использованием широкого спектра критериев и методов статистического анализа данных.

Полученные выводы позволили сформулировать предложения по усовершенствованию системы вторичных психопрофилактических мероприятий, показанных больным параноидной шизофренией, а также включить в комплексное лечение этих больных практические рекомендации, направленные на коррекцию непсихопатологических мотивов добровольного обращения за психиатрической помощью с целью дальнейшей госпитализации.

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на следующих конференциях: Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств», (г. Барнаул, 2014г.); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии» (г. Саратов, 2014г., 2015г.); Научно-практическая конференция с международным участием «Проблемы коморбидности у больных шизофренией» (г. Новосибирск, 2014 г.); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?», (Санкт-Петербург, 2014); Научно-практическая конференция «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии в современных условиях (Достижения. Проблемы. Перспективы)» (г. Орехово-Зуево, 2014); Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Современные пути развития психиатрии» (г. Тула, 2014); Научно-практическая конференция, посвященная 120-летию Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева «Клинико-организационные и социальные вопросы психиатрии» (г. Москва, 2014); Российская научно-практическая конференция «Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи» (г. Санкт-Петербург, 2014); Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Лечение психических расстройств: проблемы и

возможности (фармакотерапевтические, психотерапевтические и организационные вопросы)» (г. Тула, 2014); Научно-практическая конференция «Социальная интеграция психически больных (психиатрические, психологические и психотерапевтические аспекты). Арт-терапия в психиатрической практике» (г. Москва, 2014); Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (г. Чита, 2015); 16 съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (г. Казань, 2015); Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии» (Санкт-Петербург, 2015г.); Научно-практическая конференция для психиатров и психотерапевтов «Актуальные проблемы психиатрии: современные модели и методы диагностики и терапии психических расстройств» (г. Москва, 2015); Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений» (Москва, 2015г.); I Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики» (Москва, 2016г.); Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Клинические, биологические, психологические аспекты психиатрии и наркологии» (Тула, 2016г.); XVII съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 2021 г.).

Основные положения и результаты апробированы на заседании кафедры Психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол № 4 от 17 апреля 2024г.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования, направленные на определение реабилитационного потенциала больных параноидной шизофренией, внедрены в практическую деятельность отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»). Разработанная система вторичных психопрофилактических мероприятий была внедрена в отделении медико-психологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы" (ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ"). Основные теоретические положения диссертации используются в научно-исследовательской работе и учебном процессе кафедры Психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Публикации по теме диссертации

По результатам диссертации опубликовано 26 научных работ, в том числе 10 научных статей, из которых 8 статей в журналах, входящих в перечень научных рецензируемых изданий, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации (из них 5 за последние 5 лет).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 202 страницах текста и включает в себя введение, обзор литературы, 5 глав результатов собственных исследований, заключение и выводы, практические рекомендации и список литературы, состоящий из 186 источников отечественных и 61 источник иностранных авторов. Работа проиллюстрирована 22 рисунками и содержит 40 таблиц, а также 2 клинические иллюстрации с соответствующим анализом.

Автор выражает слова искренней благодарности и глубокой признательности академику РАМН, заведующей кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения имени академика Ю.П. Лисицына Института профилактической медицины им. З.П. Соловьева "Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации **Наталье Валентиновне Полуниной** за конструктивные замечания, значимую помощь, неоценимую поддержку и плодотворное сотрудничество в процессе написания диссертационной работы.

ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДХОДОВ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Анализ литературных источников, посвященных медико-социальным проблемам госпитализации больных с эндогенными бредовыми психозами показал наличие различных, а в некоторых случаях и радикально противоположных точек зрения в этом вопросе.

Авторы, посвятившие свои научные изыскания этой проблематике, рассматривали ее с различных сторон – деинституциональной, психологической, психопатологической, социально-экономической (в т.ч. психофармакологической), медико-социальной, прогностической и др [80].

Несмотря на многоаспектность рассматриваемой тематики, проведенный обзор литературных источников позволил выявить, что большинство из них в той или иной степени освещают четыре основные ее составляющие дефиниции: современные проблемы деинституциональных реформ психиатрической службы (разработка новых форм организации психиатрической помощи и медико-социальной реабилитации); основные направления новых стационарзамещающих организационных форм оказания психиатрической помощи; психосоциальные подходы к лечению и реабилитации психически больных (социально-ориентированные модели интервенций в психиатрии); клинико-социальные и психопатологические аспекты мотивов обращения за психиатрической помощью (определение роли медико-социальных факторов в формировании мотивационного профиля самостоятельного обращения за психиатрической помощью).

Современные проблемы деинституциональных реформ психиатрической службы (разработка новых форм организации психиатрической помощи и медико-социальной реабилитации)

Рассмотрение потенциальных возможностей и предполагаемых негативных последствий процесса деинституализации, активно затронувшего многие звенья психиатрической помощи, в последнее время стало содержанием активных полемик и спорных вопросов не только в клинической психиатрической среде, но и в различных социальных службах, занимающихся оказанием комплексной помощи и проблемами психически больных, а также социальной психиатрией [42, 45, 37, 53, 63, 93, 118].

Первый опыт реализации процедур деинституализации был реализован в 60-х годах прошлого столетия в США под кардинальным давлением антипсихиатрических правовых организаций [146]. Результатом таких изменений явился комплекс активно проведенных реформ, которые предопределили смещение клинического аспекта психиатрии в сторону «социального контекста». Примерно к этому же времени возможно отнести и появление понятия «социальная психиатрия». Несколько позже, в 1977 г. в некоторых итальянских психиатрических клиниках стартовал «эксперимент по деинституализации», а уже спустя всего лишь один год на государственном уровне был принят законопроект, в области широкомасштабного реформирования всей государственной психиатрической службы. Основной упор в законодательстве был сделан на постепенную ликвидацию стационарного звена психиатрической помощи и установление приоритетов лечения психически больных вне стен медицинского учреждения, в качестве которых рассматривались различные «специализированные центры психиатрии» и «центры психического здоровья», в которых делался акцент на подходы к работе с психически больными непосредственно внутри привычного для индивида социума, а для контингента с тяжелым течением психической патологии предполагалось выделение отдельных

койко-мест в клиниках общесоматического профиля. Несколько позже реформы в виде деинституализации психиатрической службы распространились и в другие страны: Великобритания; Финляндия; Швеция; Дания. В существенно меньшем объеме они коснулись Германию, Бельгию, Францию, Нидерланды. В настоящее время различные аспекты деинституциональных реформ получили свое развитие и в России. В зарубежных странах продвижению и активному развитию деинституциональных реформ динамично способствовали юридические и политические организации, сформировавшие для их непосредственной реализации рациональную правовую базу, обеспечившую появление постепенных радикальных изменений в национальных законах и правовых актах о психическом здоровье человека. Для уменьшения стигмы психических расстройств делался акцент на консолидацию психиатрической и общемедицинской помощи психически больным, а также активно вкладывались денежные средства в различные виды внебольничной психиатрической помощи. Кроме того, появилось ряд государственных программ, предусматривающих реализацию мероприятий по медико-социальной адаптации и комплексной реабилитационной поддержке психически больных [37, 65, 146, 156].

В такой постановке, зарубежный и отечественный опыт проведения деинституциональных реформ, безусловно, имеет как ряд положительных, так и отрицательных последствий. Среди полученных положительных моментов следует непосредственно выделить начавшиеся «процессы ресоциализации и дестигматизации душевнобольных». Кроме того, значительную роль играет оценка финансово-экономической эффективности «перевода» достаточно большой части психически больных из условий прохождения стационарного лечения в амбулаторные службы психиатрической помощи. Однако, изменения в сторону увеличения в финансировании амбулаторного звена и заявленное перераспределение денежных средств в пользу медико-реабилитационных и социальных служб на фоне сокращения количества стационарных психиатрических коек происходит крайне неравномерно. Это обусловлено, прежде всего, низкой психиатрической осведомленностью проблемами

психиатрии и «стигматизации психически больных» управленцев в системе государственного здравоохранения, а также существующий на сегодняшний день дефицит медико-реабилитационных и социальных служб, а также необходимых медицинских и социальных работников, оборудованных кабинетов и лабораторий, нормативно-правового регулирования статуса психически больных и других актуальных вопросов организации и функционирования медико-социальных учреждений («некуда финансировать»). В такой постановке, даже на первый взгляд эффективные начинания, к большому сожалению, могут обернуться многими нежелательными негативными последствиями, а в тех регионах, где перечисленные выше факторы имеют место быть, деинституциональные реформы психиатрической помощи могут привести к увеличению продолжительности стационарирования, отрицательному изменению показателей оборота койки, увеличению числа регоспитализаций и существенному росту уровня некомплаентности больных [63].

Между тем, даже при существующем дефиците психиатрических коек, стационарные учреждения зачастую вынуждены принимать больных в клинической обоснованности госпитализации которых возникают явные сомнения. Речь в данном случае идет о «довольно ресурсоемкой категории часто госпитализирующихся пациентов-инвалидов с давно установленным диагнозом» [3], основной причиной для стационарирования которых оказывается не обострение основного заболевания, а как правило, вторичное нарушение психики, имеющее психогенную обусловленность или сложная социальная ситуация, ухудшение условий и качества жизни. Врачам медицинских учреждений уже с первых дней госпитализации этих больных становится очевидно, что такие «клинические обострения» не требуют обязательного пребывания в стационарных условиях и вполне могли бы устраняться амбулаторными службами, имея они более развитые медико-социальные, реабилитационные и профилактические направления в системе здравоохранения [84]. В этой связи выявление и изучение комплекса факторов, определяющих мотивы «неклинической» госпитализации в стационар на когорте больных параноидной шизофренией – «одного из наиболее

ресурсоемких заболеваний в психиатрии», представляется крайне актуальным исследованием в свете проводимых в настоящее время деинституциональных реформ.

В обзоре Гурович И.Я. и соавт. [37] отмечают, что согласно многочисленным отечественным и зарубежным публикациям, приоритетным направлением развития психиатрической помощи с точки зрения клинических результатов, является общественно ориентированная психиатрия, характеризующаяся большим разнообразием медико-социальных программ, форм диагностики, лечения и реабилитации психически больных. Однако, при этом делается вывод, что такого рода разноаспектный и «дисперсный» характер подходов к ведению и реабилитации больных сопряжен с явной возможностью потери цельности классического клинического подхода с весьма сомнительным экономическим эффектом реализации таких программ. Кроме того, ряд клиницистов, стремясь избежать возникновения потенциального клинического риска со стороны психически больных, остаются яркими приверженцами традиционного относительно «безопасного» стационарирования. В этой связи отсутствие на сегодняшний день общепринятых стандартов, клинически достоверных диагностических и прогностических критериев, специфических маркеров психиатрических заболеваний, а также научно обоснованных механизмов перевода пациентов из институционального сектора в социальные общественно ориентированные структуры не позволяет в целом оценить сравнительную эффективность реализации лечебно-реабилитационной и социальной помощи психически больных в процессе их интеграции в социальную среду. При этом длительная сегрегация психически больных приводит к значительному нивелированию индивидуальных поведенческих навыков, что в свою очередь является объективной проблемой общественно ориентированной медико-социальной помощи. Следует отметить проведенный авторами анализ ряда экономических аспектов проблемы общественно ориентированной медико-социальной помощи психически больным. Однако, вопросы сравнительной экономической и клинической эффективности институциональной и общественно

ориентированной медико-социальной помощи остаются пока дискуссионными. Вариабельность оценок связана, прежде всего, с возникновением альтернативных организационных издержек на набор и обучение нового персонала для различных разделов общественно ориентированной медико-социальной помощи (резиденциальные учреждения, активное лечение, дневные стационары, психосоциальная терапия). При этом привлекает внимание выделенные авторами корреляции суммарной стоимости оказания психиатрической помощи при различных вариантах динамики заболевания и положения больных в общественном секторе.

Проекция результатов анализа основных аспектов деинституализации и зарубежного опыта реформирования психиатрической помощи экономически развитых стран [165] в современные реалии отечественной психиатрии позволила очертить основные тенденции развития и совершенствования программ и мероприятий отечественной психиатрической службы. На фоне неуклонного снижения коечного фонда и количества мест в дневных стационарах авторы формулируют актуальную задачу, заключающуюся в интенсивном развитии амбулаторных форм помощи психически больным в купе с социально-реабилитационным комплексом. В этой связи в дизайне психиатрической помощи делается значительный акцент на полипрофессиональное ведение психически больных непосредственно в сообществе (дневные стационары, резиденциальные учреждения (специализированные общежития, интернаты) и внебольничные реабилитационные отделения. Таким образом, особую значимость приобретают клинико-социальные факторы, обуславливающие обоснование, выбор и реализацию индивидуальных медико-социальных программ психиатрической помощи на уровне превентивных мер, стационарного и/или амбулаторного лечения, диспансерного наблюдения, а также медико-социальной реабилитации. При этом идентификация данных факторов, оценка степени их влияния на психопатологический контекст заболевания, а также клинико-социальный и экономический анализ эффективности реализации индивидуальных программ

возможен только при наличии тесного взаимодействия стационарной, амбулаторной и медико-социальной помощи психически больным.

В работе [42] автором сделана попытка очертить проблемные аспекты развития общественно-ориентированной психиатрии. На фоне ежегодного сокращения психиатрического коечного фонда показана структура контингента психиатрических клиник, в которой значительная доля «оседающих» (с длительностью более года) больных остается относительно постоянной (каждая пятая койка) при неизменно возрастающей доле «условно стационарного» контингента с возможностью получать необходимый объем лечения амбулаторно или в условиях дневного стационара. При этом убедительно доказана эффективность психосоциальных вмешательств на различных этапах оказания психиатрической помощи в комплексном лечении психически больных относительно паттернизированных стационарных программ. Эффективность такого подхода заключается, прежде всего, в сокращении длительности стационарного лечения, снижении частоты повторных госпитализаций, а также улучшении показателей качества жизни и психосоциального восстановления больных в сообществе.

Детальный анализ современного состояния психиатрической службы России проведен автором в работе [45]. Убедительно показана обозначившаяся во многих исследованиях диссоциация между значительным сокращением коечного фонда и современными тенденциями развития «стационарзамещающих» внебольничных форм психиатрической помощи [62]. Более того, показано значительное снижение численности медицинских психологов и специалистов по социальной работе, что, в принципе, не позволяет реализовывать декларируемый в настоящее время полипрофессиональный подход оказания психиатрической помощи. Руководствуясь основными положениями «Порядка оказания психиатрической помощи» [0] автор формулирует круг актуальных задач психиатрической помощи: совершенствование профилактического направления в сфере повторных госпитализаций (каждый 3-й больной с психозом стационарируется после выписки в том же году) основанного на «психосоциальной

приверженности» к фармакотерапии (применение пролонгов и стабилизаторов аффекта); возвращение в социум с высокими показателями качества жизни больных с длительными сроками пребывания в стационаре (в среднем по стране каждый пятый больной проводит в стационаре более года); внедрение новых эффективных медико-организационных форм психиатрической помощи в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения [116,130].

Ряд работ посвящен медико-организационным и финансово-экономическим аспектами психических заболеваний [4,75,76,156,159]. Авторы [159] отмечают значительное «недофинансирование» психиатрических служб и связанные с этим обстоятельством масштабы экономических потерь. При этом соотношение прямых (непосредственное оказание психиатрической помощи) и косвенных (величина недопроизведенного ВВП вследствие стойкой нетрудоспособности) потерь говорит о более чем трехкратном превышении последних. Кроме того, сделана попытка оценки «неосязаемых социальных» затрат, связанных с изоляцией больного, нарушением семейных взаимоотношений, упущенными социальными возможностями, нарушениями тенденций внутрипоколенной мобильности и т.п. На основе статистических данных авторы с высокими коэффициентами корреляции моделируют взаимосвязи между инвалидностью и болезненностью популяционного психического здоровья. Полученные соотношения легли в основу формирования исходного множества базовых социально-экономических сценариев для расчета величины общих потерь в России вследствие психических заболеваний.

В работе [156] проанализированы современные подходы и результаты оценок кросс-региональных и кросс-национальных симультантных исследований общественной значимости масштабов последствий психических заболеваний. При этом в качестве оценок искомых закономерностей выступали количественные критерии (заболеваемость, смертность и т.п.), дополненные стоимостными показателями, а также совокупность качественных критериев и соответствующих социально-экономических индикаторов (годы жизни, скорректированные на ее качество (рентабельность медицинских мероприятий),

годы жизни, скорректированные на инвалидность (оценка экономических потерь трудового капитала) и т.п.). Авторы отмечают наличие очевидного роста психической патологии и значительного бремени психических болезней, что в свою очередь является действенным стимулом развития и совершенствования психиатрических служб. Однако, в результате произведенных оценок возникает неоднозначность трактовок и выбора клинико-социальных мероприятий и программ ведения психически больных. Эти сложности и неоднозначность задачи выбора обусловлены различными подходами и уровнем значимости соответствующих экономических, клинико-социальных и этических аспектов психического здоровья населения.

Авторами [75,76] сделана попытка экономической оценки на государственном и региональном уровнях «парадигмального» психического расстройства (шизофрении) с позиции оказания психиатрической помощи, медицинского и социального статуса пациента, его семьи и общества. На основе проведенных расчетов показана объективная необходимость внедрения в повседневную практику новых стационарзамещающих реабилитационных и медико-организационных подходов оказания помощи больным шизофренией. При этом убедительно доказано, что треть госпитализаций могут быть предотвращены, благодаря оптимизации амбулаторной психофармакотерапии с активным внедрением мероприятий и программ психосоциальной реабилитации. Такой вид оказания помощи больным втрое дешевле, чем «традиционное» стационарирование, а затраты на регоспитализацию почти вдвое превышают стоимость однократного лечения в психиатрической клинике. Следовательно, основной упор в организации психиатрической помощи авторы рекомендуют сделать на снижении риска регоспитализаций и уменьшении контингента больных «блокирующих» ресурсоемкие психиатрические койки. Кроме того, показана значительная стоимостная неоднородность контингента больных шизофренией и подчеркнута необходимость дифференцированного подхода при ведении отдельных нозологических групп пациентов с позиции биопсихосоциального и экономического подхода.

В работе [75] авторы делают акцент на показателях смертности больных шизофренией в разрезе преждевременной смертности от суицидов, которая проявляется на два порядка выше, чем у населения того же возраста при отсутствии адекватного лекарственного лечения и психосоциальной реабилитации, нездорового образа жизни, скудного питания, апато-адинамической симптоматики и т.д. Вызывает интерес попытка оценить бремя семьи хронически больных в условиях функционирования недостаточно развитой системы стационарзамещающих форм помощи и систем психосоциальной работы. В этой связи в качестве одного из основных выводов авторы указывают на необходимость роста вложений на «все усложняющуюся» психосоциальную работу, которая позволит в краткосрочной перспективе выявить факторы суицидального риска, а также облегчить «бремя» шизофрении при дифференцированном целевом биопсихосоциальном подходе к ведению различных групп больных со сложными клинико-социальными проблемами, нарушениями психической адаптации и суицидальным поведением.

На фоне возникших в настоящее время значительных диспропорций между финансированием внебольничной и стационарной помощи в стране наблюдается процесс реструктуризации, направленный в сторону активного развития стационарзамещающих технологий. Основной причиной, обуславливающей проведение данной реформы, является значительное количество пациентов, находящихся длительное время в психиатрических больницах, ими «заблокирована» почти пятая часть коечного фонда страны. При этом до 30% госпитализаций этих больных можно заменить достаточно эффективными альтернативными формами внебольничной помощи [45]. При этом автор работы [4] отмечает, что половина прямых расходов, затраченных на стационарное лечение и реабилитацию психически больных, приходится на пациентов, страдающих шизофренией. В этой связи автором сделана попытка обоснования эффективности внедрения новых организационных форм психиатрической помощи для снижения уровня госпитализаций больных шизофренией. Особый интерес представляет проведенный анализ клинико-социальных факторов,

влияющих на длительность госпитализаций и регоспитализаций данных больных. Первая группа факторов определяет совокупность показателей уровня социальной адаптации больных и отношения родственников. Во вторую группу включены показатели, определяющие эффективность стационарной помощи, психосоциальной реабилитации и дифференцированного подхода в лечении отдельных нозологических групп больных. Третья группа факторов определяет эффективность внебольничной психиатрической помощи, в которую включены: соблюдение режима психофармакотерапии; внебольничное взаимодействие с родственниками; показатели психосоциальной терапии и реабилитации. Четвертая группа факторов характеризует социальный статус психически больного в обществе. На этой основе произведен сравнительный анализ уровня экономических потерь при применении традиционных и современных стационарзамещающих медико-организационных форм психиатрической помощи. Показано неоспоримое преимущество внедрения в психиатрическую практику новых организационных форм, используемых в лечении психически больных и снижение величины предотвращенного экономического ущерба вследствие значительного снижения показателей госпитализаций больных шизофренией.

В работах [63,65] представлен оригинальный взгляд авторов на развитие современных тенденций оказания помощи психически больным на основе отечественного и зарубежного опыта деинституциональных реформ, базирующихся на переносе акцента оказания помощи из стационарных во внебольничные условия. Свое исследование авторы основывали на взаимосвязях и закономерностях изменения медико-организационных аспектов помощи психически больным и проблем, связанных с психиатрической мифологией, стигматизацией (со стороны микросоциального окружения, семьи, больного в семье и медицинского персонала) и самостигматизацией больных. На основе проведенного анализа были выделены основные мотивы уклонения (не готовности) психически больных к продуктивному сотрудничеству с врачами и медицинским персоналом (страх учета в ПНД; возможное изменение социального

статуса после общения с психиатрической службой; изменение межличностных отношений; зависимость от психотропных лекарств; слабая установка на получение специализированной помощи). В большинстве своем формирование совокупности таких установок базируется на несовершенстве психиатрической помощи и, в значительной степени, определяет комплаентность больных. Полученные промежуточные выводы позволили авторам убедительно очертить круг проблем медико-социальной дезадаптации, базирующихся на концепции негативных социальных установок на «душевную инакость» и запускающей деструктивные механизмы формирования «вторичной выгоды» от болезни. Обозначенный спектр проблем авторы предлагают решать посредством постепенной смены традиционной патерналистской медицинской модели лечения психически больных с доминирующей ролью врача-психиатра на внедрение в практику дифференцированным по своим задачам полипрофессиональных бригад (команд специалистов-партнеров) и внебольничных психиатрических учреждений, организуемых на разных этапах психиатрического наблюдения за больным. Однако, всячески поддерживая идеи деинституционализации, авторами сделана попытка определения ограничений и «пределов» (недобровольная госпитализация, обусловленное болезнью деликвентное поведение) интеграции реформ в структуру организации психиатрической помощи. При этом делается акцент не только на экономическую составляющую, социальную модель и защитную функцию психиатрии, но и на показатели качества жизни, степень приемлемости и удовлетворенности психиатрической помощи со стороны пациентов, состояние которых характеризуется преимущественно терапевтической резистентностью, нарушением комплаенса, тяжестью психических расстройств и выраженными явлениями «госпитализма» [46,54,55].

В работе [118] показаны трудности реализации провозглашенной на федеральном уровне программы модернизации психиатрических стационаров, базирующейся на концепции снижения коечного фонда. Выделены основные причины регионального уровня, не позволяющие эффективно реализовывать основные этапы декларируемой программы. Прежде всего, это недостаточность

организационных процессов в амбулаторных службах, которые не позволяют оказывать необходимую помощь и медико-социальную реабилитацию пациентов во внестационарных условиях. При неуклонном снижении специализированного психиатрического коечного фонда и реабилитационного потенциала амбулаторного звена практически отсутствуют специализированные полустационарные и стационарзамещающие формы оказания психиатрической помощи. При этом длительность стационарного лечения остается достаточно высокой, преимущественно за счет утяжеления контингента больных и выраженных эксцессов психических и поведенческих нарушений при недостаточном выявлении психических заболеваний в структуре амбулаторной сети. Вышеуказанные факты определяют объективную необходимость активизации психосоциальных и медико-реабилитационных воздействий на всех этапах оказания психиатрической помощи, а также поиска новых эффективных организационных форм реализации программ и мероприятий по совершенствованию направлений оказания психиатрической помощи населению.

В работе [18] показана эффективность структурно-организационного реформирования психиатрической службы с акцентом на региональный спектр медико-организационных задач. Дана подробная оценка кадрового обеспечения и выявлены основные проблемы организационных подходов к доступности, качеству и безопасности оказания специализированной психиатрической помощи. Убедительно доказана эффективность медико-социальной помощи пациентам психиатрических стационаров с привлечением родственников и социальных служб. Кроме того, затронут широкий спектр вопросов внедрения принципиально новых для регионального уровня форм оказания психиатрической помощи, базирующихся на парадигме комплексного междисциплинарного и межведомственного подхода к часто госпитализируемым больным. На базе такой концепции была формализована и решена задача оптимизации внутренних резервов психиатрической помощи, в которой в качестве функции оптимальности были рассмотрены показатели ресурсосбережения (фармацевтический бюджет, перепрофилизация коечного фонда) для социально значимых «ресурсоемких»

пациентов с частыми регоспитализациями и отсутствием терапевтического комплаенса.

Работа [14] посвящена организационно-методическим аспектам психического здоровья и оценке показателей качества оказания психиатрической помощи в концепции «структура-процесс-исход». На базе государственных статистических наблюдений, постановлений, распоряжений и региональных программ проведен подробный анализ и осуществлен медико-социальный прогноз основных показателей динамики развития психиатрической службы в Российской Федерации с акцентом на деятельность ее субъектов. В качестве основного вывода автор декларирует наличие значительных трудностей практически во всех направлениях деятельности регионов и субъектов РФ: материально-техническое и фармакологическое обеспечение; наличие квалифицированных кадров и программ повышения квалификации; снижение реабилитационного потенциала; лечебно-консультационное и лечебно-диагностическое обеспечение психиатрических клиник и амбулаторного звена психиатрической помощи.

В рамках фундаментального исследования [36] затронута проблема применения новых инновационных форм оказания психиатрической помощи. При этом убедительно доказано, что длительность стационарного лечения больных шизофренией сопряжена, прежде всего, с неуклонным нарастанием социальных проблем и резким отставанием медико-реабилитационных мероприятий психо-социального спектра. Причем объем, характер, качество и интенсивность фармакологического лечения при увеличении длительности госпитализаций остаются практически неизменными. Проведенный корреляционный анализ взаимосвязей между показателями длительности лечения в психиатрической больнице с широким спектром клинико-социальных факторов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра позволил выявить значимые корреляты, определяющие причины частых, а что особенно важно, длительных госпитализаций. Данный контингент больных является, по мнению авторов, наиболее ресурсоемким и «потребляющим» значительную часть ресурсов стационарной помощи. Обобщая результаты исследования, авторы еще

раз показали наличие взаимосвязи между клинико-социальным прогнозом шизофренического процесса и спецификой оказания лечебно-диагностической, психофармакологической и социально-реабилитационной помощи в различных соотношениях стационарных и амбулаторных условий на этапах ее оказания.

Основные направления организации и совершенствования психиатрической помощи изложены в работах [38,211]. На основе анализа динамики соотношения амбулаторных и стационарных больных сделаны убедительные выводы об актуальной необходимости совершенствования амбулаторного звена психиатрической помощи. Данный факт непосредственно связан со снижением уровня госпитализации и сокращением длительности лечения в стационарных условиях больных шизофренией и психозами шизофренического спектра. В этой связи ведущую роль в амбулаторном звене авторы определяют медико-реабилитационным направлениям оказания психиатрической помощи и широкому спектру методов профилактического направления, связанным с предупреждением регоспитализаций. Кроме того, в работах определен ряд ключевых моментов динамики течения шизофренического процесса с позиции социального функционирования. Показана целесообразность тесного взаимодействия клинических, реабилитационных и общественных организаций на различных этапах помощи больным шизофренией. Такая коллаборация будет способствовать решению основных проблем высокого уровня регоспитализаций и накопления в стационарах больных с длительными сроками пребывания (год и более) [218,219].

Комплекс текущих и долговременных задач психиатрической помощи приведен в работе [44]. На основе анализа сложившихся на сегодняшний день негативных медико-социальных тенденций в различных звеньях оказания психиатрической помощи авторы сформировали совокупность неотложных и стратегических задач. При этом задачи были сформулированы на основе выявленных нарушений основных принципов диспансерного наблюдения для различных проблемных групп больных с различными психическими расстройствами (высокая частота повторных госпитализаций, использование

препаратов пролонгированного действия, неустойчивая трудовая адаптация (инвалидизация), одинокие больные, чрезмерно длительное пребывание в стационаре). Уделено внимание проблеме снижения числа первично выявляемых психических больных, ухудшению качества и доступности психиатрической помощи на фоне неуклонного снижения больничных коек и количественных показателей контингента врачей-психиатров. Кроме того, показано явное нежелание центров социального обслуживания активно включаться в медико-реабилитационные мероприятия, программы оказания медико-социальной помощи и предоставление социальных льгот больным психиатрического профиля.

В работе [56] уделено внимание особенностям и актуальным проблемам организации здравоохранения в сфере обеспеченности амбулаторных служб психиатрической помощи должностями врачей-психиатров в разрезе структурно-динамической неоднородности показателей кадрового обеспечения. Проведено обоснование и выбор критериев эффективности медико-социального функционирования амбулаторного звена психиатрической помощи. При этом для оценки динамики статистических трендов были приняты показатели роста численности амбулаторных пациентов и показатели стабилизации стационарных больных. Проведен сравнительно-сопоставительный анализ показателей качества оказания амбулаторной и стационарной психиатрической помощи, а также медико-социального прогноза динамических характеристик психических расстройств в основных территориальных Федеральных округах РФ.

В работах [85,86] проведено статистическое моделирование показателей психического здоровья населения РФ и реализованы методы факторного, системного и регрессионного анализов социальных условий жизни больных и ресурсов психиатрической помощи. На основе прогнозных модельных данных и экспертно-моделирующих процедур осуществлено построение базовых сценариев функционирования психиатрических служб и произведен расчет показателей состояния психического здоровья населения. Сформирован комплекс регрессионных взаимосвязей между показателями болезненности, заболеваемости, социально-экономическими и демографическими ресурсами

психиатрической службы (продолжительность жизни, численность населения, смертность, кадровая обеспеченность). Полученные медико-социальные прогнозные оценки, а также интерпретация факторов и данных моделирования легли в основу формирования концептуальных принципов оптимального управления ресурсной базой медицинских организаций психиатрической помощи.

Инновационные тенденции в психообразовании описаны в работе [108]. Основная идея работы заключается в повышении эффективности медико-реабилитационных мероприятий за счет расширения сегментов осведомленности о различных сферах заболевания как непосредственно больным, так и его ближайшего окружения. Наличие базовых знаний о заболевании будет способствовать нивелированию иллюзорных представлений и предрассудков о нем, что приведет к осмысленному и продуктивному взаимодействию между врачом, больным и членами его семьи. Авторы предлагают в качестве оптимальной формы взаимодействия интерактивные семинары с участием нескольких ведущих, позволяющих осветить проблемные вопросы с различных точек зрения. Программа семинаров включала дидактические единицы по этиопатогенезу психических заболеваний, генетическим, консультационным, индивидуально-психологическим, психосоциальным и другим факторам в патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических расстройств, синдромологическому обоснованию диагноза, психофармакотерапевтическим сведениям об основных назначаемых лекарственных препаратах, механизмах их действия и выраженности побочных эффектов. Такой подход позволил больному и членам его семьи осознанно подойти к анализу психического состояния, своевременно определить симптомы обострения, повысить комплаенс и на совершенно ином качественном уровне выполнять назначения врача.

Работа [113] посвящена вопросам оптимизации различных направлений деятельности психоневрологического диспансера с целью определения наиболее приемлемых целевых установок и социальных моделей для каждого вида психосоциальной помощи и поддержки. Акцент деятельности психотерапевтических групп направлен на формирование индивидуального

реабилитационного градиента в привычных для больного социальных условиях функционирования. В ходе исследования был проведен факторный анализ показателей, определяющих эффективность и потенциал реабилитационных процедур и выделены значимые группы «мишени» для реализации механизмов целенаправленного психотерапевтического воздействия. Особое внимание уделено работе с родственниками и ближайшему социальному окружению больных параноидной шизофренией. Были выявлены корреляционные взаимосвязи между показателями эффективности реабилитационных программ, адаптационными возможностями и мотивационными паттернами больных и их родственников. Широкое использование психометрических шкал, количественных показателей оценки психосоциальных параметров и технологий математико-статистического моделирования позволили определить значимую совокупность комплексных критериев эффективности реабилитационного процесса больных параноидной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Проведенное исследование позволило определить эффективные направления для целенаправленной акцентуированной реализации различных видов внебольничной медико-социальной помощи с учетом особенностей контингента больных с целью повышения эффективности психосоциальных вмешательств в амбулаторных условиях психиатрической помощи.

Вопросы комплаенса врача и пациента в контексте концептуальных кризисных состояний психиатрической помощи рассмотрены в работе [114]. В исследовании приведен широкий спектр концептуальных проблем ряда психотерапевтических школ и подходов к лечению. Приведены эволюционные парадигмы биологической психиатрии и условия междисциплинарного взаимодействия при оказании помощи психически больным. Особый акцент сделан на современные комплексные психообразовательные технологии и медико-социальные программы, базирующиеся на современных знаниях в различных областях медицины.

Вопросы организации оказания психиатрической помощи населению в частных клиниках освещены в работах [136,137]. Ввиду малой изученности и представленности в государственных статистических отчетах данного вида психиатрической помощи авторами сделана попытка анализа основного контингента больных, обращающихся за частной психиатрической помощью. Особое внимание уделяется вопросам определения мотивационного профиля обращения в частную психиатрическую клинику и удовлетворенности качеством медицинской и психологической помощи. При этом сделан акцент на наличие различной степени выраженности недоверия пациентов частной клиники к отдельным врачам государственных клиник. Проведен сравнительный статистический анализ клиничко-анамнестических характеристик контингента больных частных и государственных психиатрических клиник и сделаны убедительные выводы о значимых различиях анамнестических, клиничко-динамических и демографических показателях. Делая максимальный упор на сохранение социальной адаптации, авторами разработаны организационные мероприятия в сфере повышения доступности, качества и безопасности оказания частной психиатрической помощи населению, базирующиеся на принципах эффективного взаимодействия клинических учреждений, служб социальной защиты населения, научных и образовательных организаций.

Вопросы возникновения ремиссии и рецидивов амбулаторных больных шизофренией рассмотрены в работе [140]. Авторы в своем исследовании базируются на том, что, не смотря на эффективно подобранную психофармакотерапию, ремиссия заболевания сопряжена со стойким постоянным наличием определенных симптомокомплексов в промежутках между возникающими обострениями. При этом утяжеление симптоматики (рецидив) рассматривается не только с клинической позиции, но и как социально значимое явление в жизнедеятельности больного и членов его семьи. На основе клинических шкал авторы определяют граничные значения итоговых показателей для ремиссии и рецидива. Проведенный статистический анализ кривых выживаемости Каплана-Майера и интерпретация результатов моделирования по

модели Кокса позволили выявить основные группы факторов риска возникновения рецидивов. Кроме того, в работе получены обратные корреляционные взаимосвязи вероятности возникновения клинической ремиссии и длительности заболевания шизофренией. Отдельно авторы выделяют значимость социальной адаптации и социального окружения в качестве одного из базовых предикторов, как выраженности симптоматического уровня заболевания, так и социального функционирования в будущем.

Основные направления новых стационарзамещающих организационных форм оказания психиатрической помощи

В работе [73] автор обращает внимание на основные типовые проблемы специализированной психиатрической помощи, не рассматривая их связи с экономической составляющей ведения больных. В такой постановке делается акцент на «усреднение медикаментозного лечения» тяжелых психически больных и отстраненный характер психосоциальных вмешательств.

Авторами [69,185] предпринята попытка провести анализ зависимости уровня социальной адаптации больных (длительность ремиссии, количество последующих госпитализаций) после манифеста психического заболевания и особенностями социально-психологического реагирования родственников на болезнь. В этой связи доказана объективная необходимость включения родственников в психокоррекционный процесс с использованием существующих подходов, форм и методов психотерапевтического воздействия.

Работа [39] посвящена одному из актуальных направлений реорганизации психиатрической службы, в основе которого лежит перенос акцента оказания психиатрической помощи из стационарной во внебольничную среду (условия «привычного» для больного социума). Авторы поделились отечественным опытом создания экспериментального отделения настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе, основным предназначением которого явилось «оказание помощи психически больным, состояние которых требует усиления или

интенсивного проведения терапии и психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации». Основной контингент отделения составили больные параноидной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, а также больные с тяжелыми и затяжными аффективными расстройствами с частыми (две и более) и длительными госпитализациями (более ста койко-дней в году). В основу ведения таких больных был заложен полипрофессиональный бригадный принцип (врач-психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе). Идея такого подхода заключалась в оптимизации психофармакотерапии, активизации медико-социальной сети психически больных и формирования достаточного уровня мотивации для улучшения качества жизни и адекватной социальной активности в сообществе. При этом вариабельность «вмешательств» подбиралась индивидуально, от элементарных навыков независимого проживания, до активных методов медико-социального взаимодействия. Кроме того, проводились групповые занятия, направленные на повышение комплаентности пациентов и совладание с резидуальной продуктивной симптоматикой. В ходе проведенного исследования осуществлялась оценка показателей длительности, частоты, тяжести состояния при госпитализации, а также показателей социального функционирования и стоимости пребывания пациентов в отделении. Клинико-социальные и экономические результаты проведенного эксперимента убедительно доказывают эффективность новой организационной формы оказания психиатрической помощи – отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе в том числе для наиболее тяжелого контингента больных с частыми и длительными госпитализациями.

В работе [98] показаны практические результаты эффективного межотраслевого взаимодействия психиатрической службы и центров социального обслуживания. Актуальность и специфичность исследования сопряжена с тем, что решение проблемы возвращения в условия «привычного» больному социума для основной массы «оседающего» контингента психиатрических клиник (длительностью госпитализаций более года и соответствующей загруженностью

этими больными коечного фонда около 20%) сопряжена, прежде всего, с множеством социальных факторов. Кроме того, явления «госпитализма» и частые регоспитализации обусловлены нерешенностью специфической совокупности социальных проблем (питание, одежда, общение в социуме, трудовая адаптация, семейные отношения). Работа направлена на выявление узких мест и уязвимых сторон социального функционирования психически больных, определение реабилитационного потенциала и медико-социального прогноза показателей качества жизни, а также формирование соответствующих задач медико-социальной реабилитации.

Вопросы коллаборации медикаментозного лечения и реализации различных видов психосоциальных стратегий рассмотрены в работах [16,17]. Авторами проведено сравнительное исследование сочетанного применения психофармакотерапии и психообразовательных программ у больных с рецидивирующим течением шизофрении. В работе убедительно доказано, что одна только медикаментозная терапия редко бывает достаточным элементом лечения. В этой связи для снижения риска возникновения рецидива заболевания, предложена комплексная стратегия, направленная на улучшение комплаенса путем активного вовлечения больного и его ближайшего окружения в лечебный и психообразовательный процесс. Результатом работы стала долгосрочная сочетанная фармако-психообразовательная программа, специализированная для амбулаторного звена психиатрической помощи. Реализация данной программы позволит увеличить временной интервал возникновения рецидивов шизофренического процесса и добиться значительного снижения темпов прироста социальной, в том числе и семейной дезадаптации и как следствие – потери трудоспособности. При этом предложенный подход практически не требует дополнительных материальных затрат и позволяет решить задачу оптимизации помощи больным шизофренией в амбулаторном звене психиатрической помощи с частыми рецидивами заболевания.

Подходам организации психиатрической помощи в условиях дневного стационара посвящены работы [22,25,24,26]. Заслуживают особого внимания

полученные авторами статистические сведения о возможности прохождения лечения в дневном стационаре и медико-реабилитационном отделении больных из контингента психиатрических клиник. Приведена классификация диагностических групп заболеваний, подлежащих лечению в дневном стационаре и рассчитана сравнительная относительная клинико-экономическая эффективность когорты исследуемых больных, получавших амбулаторное лечение. Сформирован алгоритмический подход и действенная скрининговая методика для эффективной ранней инициации дифференцированных психосоциальных интервенций. Применение клинико-катамнестического и психометрических методов исследования позволили в балльно-рейтинговом эквиваленте произвести ранжирование уровней социальной адаптации и разработать специализированные комплексные программы психосоциальных воздействий и реабилитационного процесса, базирующиеся на личностно-индивидуальном подходе к пациентам каждой из выделенных групп.

В ряде исследований для больных шизофренией была выявлена значимая регрессионная взаимосвязь между показателями нейрокогнитивного дефицита и уровнем социальной адаптации [160,161,162,164]. Результаты данных исследований легли в основу формирования основных принципов работы отделений дневного стационара. При этом убедительно доказаны преимущества данного вида оказания психиатрической помощи относительно диспансерного и стационарного лечения больных шизофренией. Отдельно выделяется значимость психосоциального окружения больного и потенциальных возможностей ведения таких больных полипрофессиональной бригадой специалистов. На основании проведенных исследований получен важный вывод о необходимости четкой дифференциации потенциальных контингентов стационарных и амбулаторных больных исходя из степени выраженности психопатологических расстройств, уровня упорядоченности поведения и комплаентности. Такая постановка позволяет своевременно, эффективно и оптимально использовать имеющиеся ресурсы дневного стационара, как отдельной организационной формы психиатрической помощи дневного обслуживания больных шизофренией.

Дискуссия о проблеме личностно-социального восстановления больных шизофренией освещена в работе [31]. Приведен реферативный обзор международного опыта посвященного данной тематике. Выделены основные аспекты охраны психического здоровья как с позиции личностно-социального восстановления, так и с точки зрения реформирования системы оказания психиатрической помощи. Однако, авторы указывают на субъективность оценок, сложность идентификации, недостаточную разработанность и дискуссионный характер критериев определения данной проблематики. Основной вывод работы заключается в том, что процесс личностно-социального восстановления – это, прежде всего, долгосрочная стратегическая задача с полноправным участием пациента в подборе подходов, моделей и методов лечения не только в пределах психиатрических учреждений, но и в активном значимом социуме.

Вопросам психосоциальной помощи различным специальным целевым группам больных в условиях длительного пребывания в психиатрическом стационаре посвящена работа [70]. В задачи исследования входил факторный анализ предикторов, определяющих длительность нахождения определенных групп больных в условиях стационара. Полученные данные легли в основу разработки методов и моделей реализации психосоциальных и реабилитационных мероприятий, повлекших за собой статистически достоверное снижение сроков стационарирования больных. Кроме того, в работе разработаны организационные меры для оказания комплексной лечебно-диагностической и психосоциальной помощи с привлечением широкого круга лечебно-реабилитационных, социальных и партнерских организаций.

Различные аспекты помощи больным шизофренией в условиях медико-реабилитационного отделения отражены в работе [99]. Концепция авторов заключается в активном использовании реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания помощи больным и сочетании данных мероприятий с личностно-социальным процессом восстановления. Особый интерес в работе представляют взаимосвязи мотивационных паттернов и результатов лечебно-реабилитационного процесса. Проведенный статистический дисперсионный

анализ позволил выявить группы прогностически значимых вариативных факторов, определяющих эффективность реализации реабилитационного потенциала пациентов с позиции социальной перцепции, что позволило в значительной мере расширить границы психосоциального воздействия и пересмотреть мотивационный профиль больных, влияющих на социальное функционирование. Полученные результаты позволили сформировать систему новых реабилитационных программ и мероприятий, направленных непосредственно на восстановление когнитивного и мотивационного профиля пациентов в сочетании с потенциальными возможностями медикаментозного лечения и адаптиогенеза больных к развитию и течению психических заболеваний [170,171,175,206].

Проблема недобровольной госпитализации больных шизофренией с позиции преимущественности стационарного и амбулаторного лечения рассмотрена в работе [110]. В исследовании отмечен высокий уровень социально-психологической дезадаптации и низкой комплаенности данного контингента больных, что требует дифференцированного подхода к дальнейшему ведению этих больных в условиях дневного стационара и медико-реабилитационного отделения. Выделены принципиальные клинические отличия преморбидных черт острых приступов шизофрении с новой продуктивной симптоматикой и больных с обострениями имеющихся ранее синдромокомплексами. На этой основе автор рекомендует специфические варианты клинических подходов и социальных моделей к последующему лечению и реабилитации этих больных в амбулаторных условиях и диспансерном наблюдении.

Разработке модели комплексной полипрофессиональной помощи больным шизофренией с частыми и длительными госпитализациями в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе посвящена работа [128]. Исследование проводилось на базе отделения, осуществляющего свою деятельность во внебольничных условиях по месту жительства пациентов. У исследованного контингента больных шизофренией отсутствовали клинические показания к обязательной госпитализации. Оказание помощи этим больным в

отделении интенсивного лечения представляет собой приемлемую и эффективную альтернативу стационарной психиатрической помощи. Убедительно показано, что у больных с частыми и длительными госпитализациями выявляется множество психосоциальных проблем, требующих полипрофессионального подхода к их решению в сообществе. Причем коррекция психосоциальных проблем должна базироваться на принципах комплексного подхода, этапности реализации, преемственности воздействий лекарственного, психосоциального и реабилитационного методов лечения. Такая постановка вопроса соответствует современному паттерну деинституционализации в аспекте переноса акцента оказания психиатрической помощи амбулаторное звено и комплексной медико-социальной модели лечения пациентов.

Современные подходы и методы работы психиатрического реабилитационного дневного стационара отражены в работе [153]. В исследовании сделан акцент на индивидуальное планирование лечебно-реабилитационных мероприятий для больных силами и средствами полипрофессиональных бригад, что способствует большей социальной адаптации и снижению риска возникновения госпитализма. Особое внимание в работе уделяется постановке «функционального диагноза» и «составлению реабилитационного маршрута» с последующим мониторингом намеченного плана реабилитации и лечения. При этом одной из программ деятельности дневного стационара является активное сопровождение пациента после выписки, когда под наблюдением врача диспансера пациент получает все виды помощи, включая психологическую и социальную (досуговые и секционные программы, вопросы трудоустройства) [212]. Разработанные инновационные методики и новые методы психосоциальной работы позволяют комплексно воздействовать на различные реабилитационные звенья лечебного процесса и непосредственного его сдвига на более ранние этапы течения заболевания с учетом различных сфер жизнедеятельности и социального функционирования пациента.

Психосоциальные подходы к лечению и реабилитации психически больных (социально-ориентированные модели интервенций в психиатрии)

Многоаспектный подход к психической патологии с привлечением клинико-социальных, средовых и личностных показателей, как наиболее продуктивный в прогностическом и реабилитационном отношении, нашел свое отражение в работах [61,166]. Особое внимание авторы уделяют проблеме личностно ориентированного показателя «качества жизни» больных, учитывающего множество параметров, отражающих различные стороны функционирования пациентов (соматическое состояние, когнитивные функции, аффективные колебания, социально-экономические аспекты) и субъективную оценку своего состояния [193,204,207]. Ключевым посылом такого подхода является установка на то, что больной становится полноправным участником комплексного терапевтического процесса, направленного на достижение максимального ресоциализирующего (восстанавливающего социальное поведение) эффекта.

Работа [43] посвящена вопросам совершенствования и оптимизации берегающе-превентивной психосоциальной реабилитации, которую автор ставит на один уровень непосредственно с лечением психически больных. При этом констатируется существующая проблема диссоциации процесса лечения и «отставленного» этапа проведения медико-социальных реабилитационных мероприятий, имеющих ряд специфических особенностей для различных возрастных групп пациентов. Особое внимание автор уделяет анализу показателей социальных потерь продрома и нарастанию дефекта «биологической токсичности» первых пяти лет шизофренического психоза, который определяется не только непосредственными синдромами болезни, но и совокупностью различных социальных и средовых коррелятов (внутрисемейное взаимодействие, вовлечение пациентов в социальную деятельность, отношения в социуме). На основании проведенных исследований автором предложены принципы организации лечебно-реабилитационного процесса в структуре психиатрической помощи на всем протяжении заболевания для выделенных значимых проблемных

групп больных шизофренией: частые госпитализации; неустойчивая трудовая адаптация (группа риска инвалидизации); одинокие больные; чрезмерно длительное пребывание в больнице «госпитальное проживание».

В работах [40,180] авторы делают акцент на двух основных моментах, обуславливающих эффективность психосоциальных подходов к лечению и реабилитации больных шизофренией. Это, прежде всего, уровень сотрудничества больного с врачом (комплаенс) и вопросы реабилитационного и социально-психологического порядка, связанные с ресоциализацией больного. Среди существующих многочисленных подходов авторы делают попытку оценить эффективность когнитивно-поведенческих (классические когнитивные тренинги и психообразование). При этом делается акцент на наличие корреляций между нарушением внимания и мотивационными факторами при шизофрении, а также возможности использования корригирующих методов, базирующихся на методологии оперантного обучения и «психосоциальной интервенции». На основе анализа ряда исследований авторы делают заключение о невысокой эффективности методов коррекции социальных когниций и предлагают комплексный интегративный подход для изменения когнитивной среды на основе проблемно-ориентированных решений и личностных действий [192,195]. В сравнительном плане авторами показаны убедительные преимущества психообразовательных технологий (индивидуальных, семейных, групповых). В качестве зависимых переменных для данного подхода были использованы клинически релевантные параметры: количество рецидивов заболевания и госпитализаций, в том числе в течении одного года; длительность госпитализаций; выраженность негативных и позитивных симптомов; динамика оценки социальных навыков и т.п. В качестве основного результата исследования показано наличие статистически значимых улучшений в уровне терапевтического комплаенса, уменьшении длительности и частоты рецидивов, снижении эмоциональной экспрессивности у родственников больных, а также изменения социально-психологического опыта больных, связанного с «закреплением выученной социальной беспомощности» и достаточно ригидных догм и стигм о

собственном заболевании, которые, как правило с трудом поддаются коррекции. Кроме того, дана оценка эффективности комбинированных «широкоформатных» вмешательств, направленных на улучшение блока социальных и когнитивных функций, а также достижение конкретных целей реализации профильных психообразовательных методик [181].

Поиски способов решения проблемы совладания (приложение активных усилий больного, направленных на разрешение трудной ситуации или проблемы) с психическими расстройствами, актуальными для психосоциального лечения и реабилитации различных категорий психически больных отражены в обзоре [7]. При этом решение данной проблемы автором представлено как многоступенчатый процессный подход, включающий следующие этапы: мотивационный и когнитивный компоненты; решение задачи идентификации определенных целевых ориентиров, формирование исходного множества альтернатив и генерация сценариев развития ситуации; непосредственно процесс принятия решения, а также мониторинг результатов и оценка эффективности процесса. В этой связи социальноподдерживающий процесс, структурированный по вышеуказанным этапам, оказывает существенное влияние на поведение больного и определяется как форма помощи в ответ на неопределенности внешнего социума с которыми сталкивается пациент [182].

Важные и актуальные вопросы социального функционирования, адекватности социального восприятия, наличия коммуникативных навыков, способности к решению межличностных проблем больных параноидной шизофренией для различных вариантов ремиссии рассмотрены в работе [23]. Авторами убедительно доказан факт возможности достижения «социального выздоровления» несмотря на наличие высокого процента инвалидизации у больных параноидной шизофренией. При этом предлагается ввести в кликопатологические критерии ремиссии социальный вектор, рассматривающий исходное множество показателей, определяющих эффективность социального функционирования. Особый интерес в работе представляет комплекс регрессионных моделей, определяющих взаимосвязи выраженности психопатологической симптоматики и

показателей социального функционирования по значениям клинических шкал PANSS [186,194] и PSP [201]. Проведенное исследование позволило выявить основные положительные и отрицательные корреляты социального функционирования больных параноидной шизофренией, среди которых выделяются выраженность негативной симптоматики, наличие трудовой активности, удовлетворенность бытовыми условиями, качество социальных контактов и межличностные семейные взаимоотношения [183]. Полученные результаты говорят о возможности достижения «чистой» ремиссии у больных параноидной шизофренией с учетом оценки уровня социального функционирования и показателей качества жизни. Проведенные исследования легли в основу разработки комплекса социально-коммуникативных тренингов и программ, которые рекомендуется включить в медико-социальные реабилитационные мероприятия больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Вопросы психосоциальной реабилитации и повышения качества жизни больных шизофренией с длительным течением заболевания освящены в работе [27]. В исследовании делается акцент на контингент больных шизофренией с длительным течением болезни, для которых вопросы социального функционирования являются наиболее актуальными. Автором подробно описан градиент психосоциальной несостоятельности в динамике заболевания и вытекающий из этого пул социальных проблем. В ходе проведенного анализа получены статистически достоверные оценки влияния клинико-социальных факторов на параметры адаптации больных шизофренией, а также уделено внимание вопросам социального функционирования и комплаентности длительно болеющих больных с инвалидностью. Особого внимания заслуживают методические и организационные вопросы разработанной комплексной психообразовательной программы с ориентацией на больных и фокус ближайшего социального окружения. В данном контексте программа позиционируется как вариант восполнения проблемных зон стандартного лечебно-реабилитационного процесса.

Вопросам создания реабилитационных подходов и технологий, направленных на восстановление утраченных социальных связей психически больных в условиях «внебольничного госпитализма» посвящены работы [28,188,189]. В рамках исследований проведены оценки особенностей структуры психопатологической симптоматики, определяющей варианты возникновения феномена утраты социальных связей и степени взаимоотношений пациента с сообществом. Авторами предложена комплексная медико-социальная модель терапии для данного контингента больных шизофренией, базирующаяся на биопсихосоциальной парадигме психиатрической помощи. Применение данной модели позволило получить значительные положительные результаты по совокупности клинико-психопатологических показателей, что предопределяет возможность оконтуривания подходов реабилитационных мероприятий и определения «мишеней» психотерапевтического воздействия для больных, утративших социальные связи. Результатом работы стал комплекс психосоциальных программ и мероприятий, учитывающий статус больных в сообществе и анализ выраженности руинирования социальных контактов с микроокружением. Эффективность реализации данных программ показывает возможность достижения значительных положительных динамик в психосоциальном паттерне больных шизофренией, которые, в большинстве своем, в клинической практике рассматриваются как малокурабельные.

Фундаментальное исследование классификационных проблем личностно-социального восстановления и ремиссии при шизофрении содержит работа [41]. Авторы отмечают, что больные шизофренией, как во время острых состояний, так и в период ремиссий требуют активного комплексного подхода с позиции лекарственных, психосоциальных и реабилитационных интервенций. В плане анализа социального функционирования в работе сделан акцент на наличие противорецидивного эффекта психосоциальных мероприятий, определяющих возможности оптимизации процесса социального восстановления и активной позиции «управления болезнью» в условиях смещения акцента психиатрической помощи в амбулаторную среду и социум. Выделение показателей динамики

ремиссионных состояний и личностно-социального восстановления позволит оценить эффективность проводимой терапии и скорректировать задачи повышения качества, доступности и безопасности оказания психиатрической помощи [169,173].

Проблема «социального» выздоровления при шизофрении затронута в работе [32]. Авторы рассматривают данный вопрос как комплексное понятие, затрагивающее многие аспекты восстановления внутреннего мира больного вне рамок клинически выраженной симптоматики болезни. Это, прежде всего, постепенный процесс дистанцирования от болезни и возвращения потребностно-мотивационных и целевых ориентиров, восприятия самоконтроля, активной жизненной позиции и чувства собственной значимости. На этой основе в работе затронуты вопросы необходимости принципиальных изменений подходов к организации психиатрической помощи, которая должна быть направлена на стабилизацию и трансформацию личностных ориентиров пациентов и оцениваться ими, как значимое звено процесса «социального» выздоровления. В рамках традиционного клинико-психопатологического подхода авторы провели анализ совокупности оценочных критериев доказательной медицины для оценки этапа выздоровления с позиции международных исследований. Особый интерес в работе представляет медицинская клиническая модель выздоровления, отражающая соответствия нужд потребителей (пациентов) при выздоровлении и традиционные подходы медицинской психиатрической помощи. Основным вывод работы заключается в необходимости включения в структуру психиатрической помощи комплекса программ и мероприятий, направленных на непрерывное движение пациентов в градиентах клинического и социального выздоровления [190,191].

Вопросам использования клинического инструментария доказательной медицины для оценки нарушения социального функционирования больных шизофренией посвящена работа [33]. В исследовании обращается внимание, что проблемы социального функционирования и основная масса функциональных и социальных потерь нередко возникают уже в преморбиде, продроме и после

первого эпизода болезни, а, по статистическим сведениям различных авторов, до 40 % больных инвалидизируются. В этой связи становится актуальным вопрос выявления взаимосвязей уровня социальных нарушений в зависимости от длительности и возраста начала заболевания. Кроме того, авторами проведен подробный анализ факторов, оказывающих влияние на социальное функционирование больных шизофренией [176]. Множество и разнообразие данных факторов, а также различная степень их выраженности на определенных стадиях заболевания и оказания психиатрической помощи показывает сложности и неоднозначности трактовок результатов данного вида анализа. Авторами рассмотрены ряд объективизированных стандартизированных шкал и инструментов оценки динамики и уровня социального функционирования как для амбулаторных, так и для тяжелого контингента стационарных больных с длительным пребыванием в клинике. Результаты такой оценки возможно использовать для принятия управленческих решений в сфере организации распределения ресурсного потенциала психиатрических клиник с целью разработки моделей их развития с учетом особенностей и специфики различных этапов оказания психиатрической помощи.

Вопросы социальной дезадаптации больных параноидной шизофренией в разрезе клинико-коммуникативных нарушений рассмотрены в работах [50,172]. При этом авторы делают акцент исследований на определяющие факторы социотоксичности в виде прогрессивных облигатных синдромокомплексов параноидной шизофрении, а их непосредственное следствие рассматривают с позиции дефицитарности коммуникативных навыков (дисфункция «социального интеллекта»). В работах сделана попытка решения задачи классификации клинико-коммуникативных нарушений в зависимости от продолжительности заболевания, типа течения и ведущего синдрома параноидной шизофрении. Степень выраженности данных нарушений была сопоставлена с глубиной и типологией нарушения социальных коммуникаций. На основе комплексного рассмотрения этих данных проведен корреляционный анализ и определены зависимости клинико-коммуникативных нарушений и уровня социального

функционирования. Полученные взаимосвязи легли в основу разработки направлений оптимизации лечебной, реабилитационной и психосоциальной работы с больными параноидной шизофренией [195].

Клинико-социальные особенности больных шизофренией со сверхчастыми госпитализациями рассмотрены в работе [60]. Авторы показали, что временной интервал в котором возникают сверхчастые стационарирования (не менее одного раза в год) возникает на определенном этапе течения шизофренического процесса, когда психиатрическая и медико-социальная помощь данным больным является либо неэффективной, либо недостаточной по определенным причинам. В этой связи была сделана попытка выявления таких причин (неблагоприятное течение шизофренического процесса, выраженность психопатоподобной симптоматики, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, неврозоподобная симптоматика, социальный статус больного). Основным вывод работы заключается в возможности дифференцировки клинической симптоматики и выделении различных групп клинико-социальных факторов, определяющих причины сверхчастых госпитализаций как основных точек приложения подходов, моделей и методов оказания психиатрической помощи [196].

Изучению совокупности факторов, определяющих психосоциальную адаптацию больных эндогенными психозами посвящена работа [67]. В исследовании затронуты вопросы влияния личностно-психологических особенностей больных на эффективность процесса социальной адаптации. На основании построенных регрессионных моделей получены взаимосвязи между совокупностью клинических характеристик больных с различными видами эндогенных психозов, показателями качества жизни и уровнем психологической и социальной адаптации в динамическом контексте дифференцированных комплексных реабилитационных мероприятий. Полученные взаимосвязи легли в основу выявления индивидуальных профилей психосоциальной адаптации, позволяющих реализовать целенаправленное и эффективное реабилитационное воздействие на специфические мишени различных диагностических категорий

эндогенных психозов. Заключительным результатом исследования стали практические рекомендации по оптимизации реабилитационного процесса исходя из выявленного профиля социальной адаптации больных эндогенными психозами [197].

Вопросы выявления ведущих факторов, определяющих социальную и социально-трудовую адаптацию больных шубообразной шизофренией рассмотрены в работах [68,77]. На основе комплексного анализа медико-социальных показателей больных были определены соотношений между специфическими клиническими особенностями проявлений шубообразной шизофрении и уровнем социально-трудовой адаптации. В работе проведен регрессионный анализ показателей трудовой занятости больных по группами инвалидности и различными уровнями социально-трудовой адаптации. Установленные зависимости позволили дополнить клинические данные о медико-социальном прогнозе течения шизофрении и разработать подходы к реабилитации больных шубообразной шизофренией в межрецидивный период. Разработанные методические подходы позволяют снизить риск возникновения рецидива болезни и могут быть использованы медицинскими учреждениями и органами социального обеспечения для реализации целенаправленных и оптимальных мер психо-социальной помощи больным шубообразной шизофренией в разрезе социально-трудовой адаптации [198].

Определению специфических особенностей социальной аналитико-системной семейной психотерапевтической среды у больных параноидной шизофренией посвящена работа [81]. Идея исследования заключалась в определении динамики психопатологических, адаптационных и семейных показателей в сопоставлении с количественными и качественными аспектами модели психотерапевтического вмешательства. Анализ семейных историй больных параноидной шизофренией позволил получить системные взаимосвязи социальных факторов, определяющие манифестацию болезни и разработать практические рекомендации, направленные на снижение риска возникновения эксцессов и оптимизацию психиатрической

помощи на основе комплексного целенаправленного бригадного взаимодействия [200].

Вопросам различных проявлений психопатологического диатеза и определения его влияние на показатели социальной адаптации больных шизофренией посвящена работа [82]. В исследовании произведена оценка взаимосвязей между различными вариантами дисфункциональных состояний преморбида и уровнем социальной адаптации больных эндогенными психозами. Особого внимания заслуживают варианты прогнозной оценки динамики отдельных видов диатеза и социальной модели типов приспособительного поведения для формирования клинических характеристик заболевания, оценки прогрессивности и уровня социальной адаптации. При этом автор сделал попытку идентификации факторов риска развития эндогенных психозов и выделения групп больных для своевременной и эффективной реализации медико-социальных коррекционно-адаптационных мероприятий. В основу разработанных мер автором положена системная мультифакторная модель, определяющая параметры уязвимости и типы приспособительного поведения пациента, полиморфных проявлений психопатологического диатеза, учета стрессовых факторов и клинических вариантов болезни [199].

Вопросы социальной дезадаптации пациентов с психозами и слабоумием с длительными сроками пребывания в условиях стационара освещены в работе [106]. В исследовании сделан акцент на определение динамики основных клинико-социальных характеристик органических и старческих психозов, а также произведен разбор различных вариантов дементных состояний, определяющих социальную адаптацию. В результате исследования были выделены прогностически благоприятные факторы эффективности реализации мероприятий социальной адаптации данного контингента больных как в стационарных, так и стационарозамещающих условиях оказания психиатрической помощи [205].

В работе [111] проведен сравнительный анализ клинико-патологических и социально-адаптационных характеристик больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении. Целью исследования являлось определение взаимосвязи

клинической картины течения заболевания, а также клинико-динамических характеристик патологического процесса и основных тенденций изменения профессионального и социального статуса больных шизофренией. В работе уделено внимание оценке влияния сопутствующей соматической патологии на прогноз течения основного заболевания и проведен групповой анализ адаптационных возможностей различных категорий стационарных больных. Кроме того, установлена взаимосвязь накопления стационарного контингента больных, уровнем инвалидизации, трудоспособности и дееспособности с типом течения шизофрении и наличием психопатоподобных расстройств. Убедительно показано влияние наличия сочетанной соматической патологии на показатели социальной адаптации и регоспитализации. В качестве основного результата работы автор предлагает варианты оптимизации профилактических мероприятий, индивидуальных реабилитационных программ и междисциплинарной помощи данному контингенту больных с последующим объективным терапевтическим прогнозом как психиатрической, так и соматической патологии, определяющих социальный статус пациентов [210].

В работе [126] рассмотрены индивидуально-психологические адаптационные возможности больных шизофренией с позиции всестороннего вовлечения в патологический процесс различных сфер психической деятельности в социальной среде. Основной идеей работы является создание многокомпонентных реабилитационных программ, влияющих на возникновение рецидивов заболевания, оптимизацию качества оказания психиатрической помощи и повышение уровня социального функционирования больных шизофренией. В этой связи определена роль психотравмирующих событий в различных социальных группах, процессуальных изменений и индивидуальной чувствительности больных в формировании адаптационных механизмов. В исследовании уделено внимание прогнозным оценкам восстановления адаптации, типам приспособительного поведения и взаимодействия пациента в социальной среде на основе индивидуальных компенсаторно-приспособительных реакций с

учетом преомбрбидных свойств личности, а также выраженности негативной и резидуальной продуктивной симптоматики в условиях ремиссии.

В работах [131,132] рассмотрена проблема сверхчастых госпитализаций у достаточно неоднородного контингента больных шизофренией с позиции клинико-психопатологических и социальных факторов. В основу исследования положено определение модальных частотных интервалов возникновения сверхчастых госпитализаций и выявление накопленных факторов риска, приводящих к данному феномену у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Идея работы заключалась в рассмотрении сверхчастых госпитализаций как динамически ограниченного процесса рецидива болезни, порожденного специфическим сочетанием клинических и социальных факторов у данной категории больных. Проведенный статистический факторный анализ позволил выявить значимые корреляции между сверхчастыми госпитализациями и выделенными группами клинических и социальных факторов. Неоднозначность ответа на проводимые психосоциальные мероприятия, позволила выделить временные интервалы благоприятных реабилитационных интервенций с акцентом на восстановление утраченных навыков, социальной вовлеченности и повышения комплаентности с учетом индивидуальных особенностей больных [208,209].

Восстановлению навыков независимого проживания в рамках реализации инновационной программы психосоциальной терапии и реабилитации «жилье с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями посвящены работы [134,133].

Идея работ заключается в создании аккомодационных организационных форм психиатрической помощи, являющихся промежуточным звеном между длительным стационарным лечением и дальнейшим самостоятельным проживанием в период медикаментозной ремиссии для целевых контингентов хронических больных на определенных этапах психического заболевания. С участием специалистов полипрофессиональной бригады проводилась этапная комплексная мультидисциплинарная работа по изменению паттерна

взаимодействия с пациентами, построенного по принципу партнерских отношений.

Проведенное исследование убедительно доказало наличие статистически значимых отличий в динамике показателей восстановления утраченных навыков независимого проживания и клинико-социальных показателей в опытной группе программы «защищенного жилья» с адресной комплексной психосоциальной помощью. При этом автор отмечает ряд проблемных моментов как в недостаточной компетентности кадров полипрофессиональной бригады для реализации программно-целевых инновационных видов оказания психиатрической помощи, так и неготовность ряда социальных и коммунальных служб к решению жилищных проблем и трудовой занятости хронических психиатрических больных [216,217].

Современные медико-организационные и экономические аспекты организации медицинской помощи больным шизофренией рассмотрены в работах [59,103,120]. Проведен детальный статистический анализ региональных показателей психического здоровья населения и предложены методики медико-социального прогнозирования уровня заболеваемости, инвалидности, длительности стационарного лечения и показателей регоспитализаций больных шизофренией. Рассмотрена совокупность предиктивных факторных групп, определяющих медико-организационные и социальные показатели больных шизофренией.

Основной акцент сделан на расчете величин эффектов: от снижения уровня госпитализма; от применения психофармакологической терапии; от применения современных организационных форм. В основу исследований положена медико-реабилитационная модель, содержащая в своей структуре комплекс психосоциальных программ, реализуемых в условиях амбулаторной психиатрической помощи и позволяющих оптимизировать на региональном уровне величину затрат и ресурсную базу медицинских организаций для контингента больных, страдающих шизофренией [220].

**Клинико-социальные и психопатологические аспекты мотивов
обращения за психиатрической помощью (определение роли медико-
социальных факторов в формировании мотивационного профиля
самостоятельного обращения за психиатрической помощью)**

В работе [74] освещены результаты многоцентрового анонимного социологического опроса пациентов девяти острых стационарных отделений в пяти городах России. В данном исследовании больные выступали в специфическом качестве «потребителей» психиатрической помощи, раскрывающих уровень удовлетворенности стационарным лечением [102]. Авторы пытались связать структуру предпочтений пациентов с клинико-социальными проблемами, продуцируемыми болезнью и социально-бытовой несостоятельностью. Полученные данные свидетельствуют о том, что практически половина больных положительно ответила на вопрос о возможности избегания настоящего стационарирования. Среди причин поступления в клинику примерно по тридцать процентов больных выделяли следующие факторы: отказ от поддерживающей терапии; продуктивная симптоматика («голоса»); аффективная патология (депрессии с аутоагрессивным поведением) и около сорока процентов выделили нестабильную обстановку в семье (ссоры дома). Кроме того, настораживает тот факт, что только четверть больных, имеющих длительный «стаж» неоднократного пребывания в стационарах имели опыт какой-либо психосоциальной работы и лишь сорок процентов пациентов указали на необходимость какой-либо помощи, кроме больничной. Следовательно, большая часть опрошенных не видит необходимости в иной помощи, помимо получаемой (лекарственной). Это обстоятельство обусловлено фактом «выученной» социальной беспомощности и «вживанием» в роль инвалида. На этой основе авторы обозначили основные аспекты прогнозных направлений психосоциальной работы, направленных на удовлетворение латентных реабилитационных нужд пациентов на последовательных этапах психиатрической помощи на основе «уникального» опыта болезни [167].

В работах [19,20,21] рассмотрены проблемы высокой обращаемости за психиатрической помощью больных шизофренией, не обусловленной клиническими показаниями. Убедительно доказано, что данный контингент больных находится на стадии стабилизации при длительном течении заболевания. В работах сделана попытка классификации видов обращаемости за амбулаторной и стационарной психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. В ходе исследования было выделено три группы больных: 1-я группа – обусловленная клиническими особенностями течения заболевания, так называемая «психическая ипохондрия», «лечебно-охранительный режим», «корректировка лечения» (гипертрофированная субъективная переоценка симптомов заболевания); 2-я группа с преобладающим доминированием социальных проблемами (недостаток коммуникативных связей) «клубное присутствие», тяжелое материальное положение, сложности внутрисемейного взаимодействия; 3-я группа больных с организационными причинами обращения за психиатрической помощью (недостаточная обеспеченность лекарственными средствами). Кроме того, в исследовании было выяснено, что больные определенной группы имеют «приоритеты» обращаемости в амбулаторное, либо стационарное звено психиатрической помощи, что позволило выявить патохарактерологические особенности данного контингента больных, адекватные клиническому состоянию и разработать программы оптимальных психосоциальных воздействий исходя из индивидуальных потребностей пациентов. Широкое использование клинических шкал позволило отследить положительную динамику психосоциальных показателей больных и рассчитать экономическую эффективность реализуемых программ для каждой из выделенных групп пациентов [202].

Особенности формирования отношения к госпитализации с различными видами приспособительного поведения (оппозиционным и позитивным) рассмотрены в работе [47]. Автор рассматривает госпитализацию как неспецифический адаптационный синдром (устойчивое долговременное образование) в ответ на стрессовую реакцию помещения больного в стационар

(уязвимо-стрессовая модель шизофрении), вплоть до активизация механизма экзацербаций определенной симптоматики в структуре болезненного процесса. Автор выдвигает гипотезу наличия взаимосвязей отношения к госпитализации, реакции на госпитализацию и приспособительного поведения в период госпитализации. На этой основе проведена классификация различных типов отношения к госпитализации больных параноидной шизофренией и выделена совокупность вариантов приспособительного поведения в условиях стационара. Для сформированных вариантов поведения больных параноидной шизофренией разработаны индивидуальные лечебно-реабилитационные психотерапевтические, медико-социальные и психофармакологические подходы, базирующиеся на особенностях эмоциональных реакций на госпитализацию [174].

Социальные предикторы адаптации и показатели качества жизни больных параноидной шизофренией рассмотрены в работе [52]. Особый акцент автор сделал на выраженность и специфические особенности негативной симптоматики заболевания в структуре клинико-динамических характеристик. Кроме того, выделены ряд факторов, определяющих интенсивность прогрессирования негативных расстройств и проведен корреляционный анализ взаимосвязей показателей оценки качества жизни и социального функционирования с различной степенью выраженности негативной симптоматики. Полученные зависимости легли в основу исследования формирования различных вариантов адаптационного поведения и разработки эффективных дифференцированных реабилитационных программ и мероприятий для данного контингента больных [214].

Причины и факторы несвоевременного (позднего) первичного обращения пациентов за психиатрической помощью рассмотрены в работе [57]. Проведен анализ гендерных, социальных, теологических, организационных и клинико-патологических причин первичного обращения к врачу-психиатру за медицинской помощью. Выделены мотивационные составляющие негативного отношения к психиатрической помощи и структурированы статистические данные о частоте обращений к психиатру. Показана объективная необходимость

тесного взаимодействия общесоматической и психиатрической служб для объективного и быстрого выявления впервые возникшей психической патологии [215].

Вопросам формирования адаптационного феномена в виде вторичной выгоды от болезни посвящена работа [87]. Теоретическим базисом исследования была выбрана модель дериватов первичных эмоций и механизмов психологической защиты Р.Плутчика и Г.Келлермана. В исследовании проведено сравнение механизмов психологической защиты больных с соматоформными расстройствами и больных, страдающих шизофренией, а также определены основные факторы риска формирования хронических изменений личности. Автор делает вывод, что непосредственная выгода от болезни имеет определенную взаимосвязь с механизмами психологической защиты и является некоторым производным фактором, используемым во время болезни для проявлений регуляции эмоционального состояния.

Вопросам нарушения социального интеллекта, как одного из доминирующих факторов нарушения социального функционирования у больных, страдающих шизофренией посвящена работа [109]. В исследовании реализована процедура поиска предикторов нарушений мотивационного компонента социального интеллекта (неудовлетворенность социальной поддержкой, отказ от социальных коммуникаций, снижение показателей качества жизни) для различных групп больных. Деление на группы было произведено с использованием статистического кластерного анализа по совокупности показателей социальной ангедонии и шкалы PANSS. Статистический анализ полученных групп позволил определить общегрупповые тенденции и значимые различия в показателях социального интеллекта, а также выделить значимые корреляции с показателями социального функционирования. При этом социальный интеллект рассматривался как мотивационный фактор в динамике течения шизофрении с позиции организационно-коммуникативной и клинико-социальной составляющих.

Роль потенциальных мотивационных факторов [88] в обусловленности медико-социальных прогнозов развития различных аспектов шизофрении

отражена в работах [117,121,122,123,119]. Авторами рассмотрели ряд имитационных моделей эволюции социального поведения и показали наличие значимых статистических корреляций между изменением уровня мотивации и продуктивной и негативной симптоматикой у больных шизофренией. Результаты исследования показали наличие причинно-патогенетической связи между повышением уровня мотивации и регрессом психопатологической симптоматики, в том числе и в сегменте волевых нарушений. В результате проведенного исследования установлены мотивационные предикторы уровня социального функционирования, межличностных коммуникаций, профессионального статуса, инвалидизации и возможности трудоустройства у больных шизофренией. При этом уровень мотивации, самооценки и социальных контактов рассматривались как варианты формирования устойчивого паттерна психических процессов и поведения в различных сферах деятельности больного. Особого внимания заслуживают экспериментально-психологические подходы и инструментарий психодиагностики мотивации на различных стадиях болезни в структуре психопатологических изменений личности. Для этих целей предложена совокупность индикаторов и качественно-количественных критериев оценки мотивационного профиля больных. Уделено пристальное внимание формированию мотивационной составляющей и ее дефиниций в когнитивном аспекте при реализации реабилитационных мероприятий и сохранению социальных позиций в обществе. На этой основе разработана структура и содержание программы когнитивного восстановления и мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации, позволяющей оценить резидуальную мотивационную ступень больных и сформировать прогнозное видение динамики клинической картины и психопатологической симптоматики [177,179,184].

Нарушению мотивации при шизофрении посвящены работы [139,143]. Авторами сделана попытка увязки мотивационной составляющей с апато-абулическими и социально-гедонистическими проявлениями болезни, а также сделан акцент на нарушение конъюгации связей между поведенческим и

мотивационным аспектами у больных шизофренией. Мотивация в работе рассматривается как динамический посредник между когнитивной сферой и социальным функционированием больного. Рассматривая мотивацию как процесс комплексных взаимоотношений между физиологическими механизмами и совокупностью факторов социального функционирования, делается акцент на медиаторные системы головного мозга, определяющие нарушение побуждений и целенаправленных действий. Кроме того, в работах представлен обзор оригинальных шкал, опросников и анкет, применяемых для оценки мотивации и адаптированных для больных с определенными нозологическими формами психической патологии. На их основе в работах получены обратные корреляции между уровнем мотивации, выраженностью клинической симптоматики и функциональными исходами заболевания. Сделана попытка связать мотивацию при шизофрении с интеллектуальным и эмоциональным вниманием, а также с различными видами аффективной патологии [163,168]. Основным результатом работы стала предложенная авторами персонализация социально-личностных подходов к лечению, ориентированных на определенные цели, специфичные мотивационному профилю пациента и направленные на формирование социальных моделей целевого поведения больного.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МЕТОДИКА И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Исследование проводилось на базе кафедры Психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета (заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Шмилович А.А.) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Для исследования отбирались больные с эндогенными бредовыми психозами на клинической базе кафедры Психиатрии и медицинской психологии – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы». Отобранные больные наблюдались в участково-территориальных отделениях больницы в период 2014-2017 гг.

Общую выборку составили 100 стационарных пациентов, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью. Контрольную группу составили 50 больных отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, не имеющих соответствующих мотивов для стационарирования, либо мотив «лечиться амбулаторно, чтобы не попасть в стационар».

Критерии включения в основную и контрольную группы - диагноз по МКБ 10 (F20.0 – «Параноидная шизофрения»). Критерии исключения из исследования: недобровольная госпитализация (непосредственная опасность для себя и/или окружающих); хронический алкоголизм и болезни зависимости; тяжелые сопутствующие соматические заболевания; признаки тяжелой соматической патологии; органическое поражение ЦНС, осложняющее течение шизофрении и приводящее к социальной дисфункции.

В качестве **методов** исследования использовались методы доказательной медицины (доказательные исследования в психиатрии) [154], методы диагностики психических расстройств [64] и методы изучения и оценки здоровья населения [5,51].

С целью унификации клинических данных и проведения параметрических исследований использовался *психометрический метод*, базирующийся на использовании следующих клинических шкал [90]: клиническая шкала оценки уровня депрессивных расстройств у больных шизофренией Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — **CDSS**; Addington et al, 1993); клиническая рейтинговая шкала оценки позитивных и негативных симптомов для типологической и многомерной оценки психопатологической симптоматики у больных шизофренией (Positive and Negative Syndrome Scale — **PANSS**; Stanley Kay et al, 1987, С.Н. Мосолов, 2001) [194]; шкала оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale - **PSP**; Morosini P., 2000) [91]; стандартизированная шкала «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (**BACS**) (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. 2008; Г.П. Саркисян, И.Я. Гурович, Р.С.Киф, 2010) [115].

Для проведения настоящего исследования была разработана **программа комплексного медико-социального исследования** пациентов с диагнозом F20.0 - параноидная шизофрения, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью для последующей добровольной госпитализации (рисунок 2.1).

Представленная программа позволила определить обоснованность стационарного лечения когорты больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью.

На основе полученных данных об особенностях добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией выявлены специфические социальные и клинико-психопатологические особенности параноидной шизофрении, формирующие мотивы для обращения за стационарной психиатрической помощью.

Данный аспект позволил сформировать эффективные дифференцированные терапевтические подходы в отношении именно тех расстройств, которые вызывают у больных потребность в госпитализации.



Рисунок 2.1 - Программа медико-социального исследования пациентов с диагнозом F20.0 - параноидная шизофрения, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Особое внимание при разработке программы уделено оценке влияния коморбидных расстройств на потребность в госпитализации и формированию определенных мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью. Особенностью разработанной программы является определение прогностически неблагоприятных социальных и клинических факторов, определяющих мотивы добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью и определение относительного риска для соответствующих социальных показателей.

Таким образом, в результате реализации разработанной программы получены новые данные, систематизирующие основные непсихопатологические мотивы госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, что позволит начинать коррекцию этих состояний на более ранних этапах течения заболевания и избежать необоснованных госпитализаций, снизить суммарные показатели койко-дней пребывания в психиатрическом стационаре со значительным экономическим эффектом.

Основные характеристики разделов программы и методики медико-социального исследования больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью представлены в таблицах 2.1-2.3.

Декомпозиция программы медико-социального исследования больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью осуществлена по следующим основным разделам, содержащим целевые установки, объекты и предметы анализа, а также совокупность исследуемых параметров и показателей: 1. Комплексная психиатрическая клиническая оценка состояния здоровья обследованных пациентов; 2. Формирование медико-социального портрета обследованных пациентов; 3. Определение особенностей организации медицинской помощи пациентам с диагнозом F20.0 самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью. В рамках каждого раздела были сформулированы следующие основные этапы.

На первом этапе (таблица 2.1.) дана оценка общих и клинических характеристик пациентов опытной и контрольной групп. По клинической шкале Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS (таблица 2.4.) определены психопродуктивная, негативная и общая психопатологическая симптоматики шизофренического процесса.

Уделено внимание особенностям течения шизофрении, обусловленным наличием депрессивных расстройств (клиническая шкала оценки уровня депрессивных расстройств у больных шизофренией Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — CDSS).

Таблица 2.1 - Программа и методика медико-социального исследования (Раздел 1. Комплексная психиатрическая клиническая оценка состояния здоровья обследованных пациентов)

Наименование этапа	Содержание этапа
Оценка общих и клинических характеристик пациентов	-гендерные и возрастные характеристики; -длительность течения шизофренического процесса (количество лет с момента первого обращения); -длительность лечения (койко-дни); -количество перенесенных приступов; -группы инвалидности; -длительности и характер ремиссии; -семейное положение; -материальное положение; -уровень образования;
Определение психопродуктивной, негативной и общей психопатологической симптоматики	-клиническая рейтинговая оценка позитивных симптомов у больных шизофренией; -клиническая рейтинговая оценка негативных симптомов у больных шизофренией; -типологическая многомерная оценка психопатологической симптоматики у больных шизофренией. <i>Клиническая шкала Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS; Stanley Kay et al, 1987, С.Н. Мосолов, 2001.</i>
Анализ особенностей течения шизофрении, обусловленных наличием депрессивных расстройств	-определение типа депрессивных расстройств (диагностическая рубрика F32 и атипичные депрессии); -определение структуры депрессивных расстройств; -оценка влияния депрессивных расстройств на изменения показателей персонального и социального функционирования (шкала PSP); <i>Клиническая шкала оценки уровня депрессивных расстройств у больных шизофренией Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — CDSS; Addington et al, 1993).</i>

В рамках второго раздела дана развернутая оценка социальных характеристик больных, а также уровней персонального и социального функционирования (шкала оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale – PSP) (таблица 2.2). Проведен комплексный анализ распределения навыков социального функционирования для различных социальных статусов больных параноидной шизофренией и осуществлена оценка уровня социальной адаптации для различных характеристик больных (возраст, годы; длительность заболевания, дни, длительность госпитализации, дни). В рамках данного раздела определены взаимосвязи уровня социального функционирования (шкала PSP) и психопатологической симптоматики (шкала PANSS). Кроме того, дана оценка социально полезной деятельности включая работу и учебу, отношений с близкими и прочих социальных отношений, навыков самообслуживания, уровня беспокоящего и агрессивного поведения. На основе выполненных исследований выявлены основные факторы и произведена сравнительная оценка удовлетворенности пациентов психиатрической помощью и выявлен спектр проблем, связанных с общением и взаимодействием, трудоустройством, включая занятость в условиях трудовых мастерских, недостаточным объемом социальных льгот по инвалидности, неудовлетворенностью результатами лечения (психофармакотерапия), неудовлетворенностью результатами лечения (соматическая патология) [10]. Оценка уровня социальной адаптации и навыков социального функционирования произведена в контексте деления когорты исследуемых больных на три группы по уровням клинической и социальной адаптации: компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте); декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте); адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией); конфликтная группа (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация).

Таблица 2.2 - Программа и методика медико-социального исследования (Раздел 2. Формирование медико-социального портрета обследованных пациентов)

Наименование этапа	Содержание этапа
Оценка социальных характеристик больных	-условия проживания (семья родственников, собственная семья, проживают одиноко); -социально-бытовые условия (хорошие, удовлетворительные, напряженные); -взаимоотношения с близкими (хорошие, удовлетворительные, отсутствуют); -уровень общения (широкий, ограниченный, изолирован); -качество социальных контактов (содержательные, формальные, диссоциальные); -навыки социального функционирования (социальная адаптация, частичная социальная адаптация на бытовом уровне, дезадаптация).
Оценка персонального и социального функционирования	-анализ распределения навыков социального функционирования для различных социальных статусов больных параноидной шизофренией; -оценка уровня социальной адаптации для различных характеристик больных (возраст, годы; длительность заболевания, дни, длительность госпитализации, дни); -анализ зависимости уровня социального функционирования (шкала PSP) и психопатологической симптоматики (шкала PANSS); -оценка социально полезной деятельности включая работу и учебу; -оценка отношений с близкими и прочих социальных отношений; -оценка навыков самообслуживания; -оценка уровня беспокоящего и агрессивного поведения; <i>Шкала оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale - PSP; Morosini P., 2000.</i>
Оценка удовлетворенности пациентов психиатрической помощью	-проблемы в общении и взаимодействии; -проблемы в трудоустройстве, включая занятость в условиях трудовых мастерских; -недостаточный объем социальных льгот по инвалидности; -неудовлетворенность результатами лечения (психофармакотерапия); -неудовлетворенность результатами лечения (соматическая патология).
Оценка уровня социальной адаптации и навыков социального функционирования	-компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте); -декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте); -адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования могли быть связаны с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями)); -конфликтная группа (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация.

В третьем разделе (таблица 2.3) выполнено клиническое исследование, определена структура и содержание мотивационного профиля пациентов с диагнозом F20.0 самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью. Проведен анализ структуры основных причин самостоятельного обращения за психиатрической помощью в т.ч. для социального обеспечения, в качестве которых были рассмотрены следующие: нежелание родственников (опекунов) ухаживать за пациентом; стесненные жилищные условия родственников (опекунов); причины, обусловленные плохим здоровьем родственников (опекунов); причины, обусловленные поведенческими расстройствами; отсутствие родственников (опекунов). Далее были выявлены клинические и социальные предикторы формирования мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью: возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики; наследственная отягощенность; экзогении; особенности акцентуации характера в преморбиде.

Главным результатом данного раздела является клинически обоснованная классификация основных групп мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью больных с диагнозом параноидная шизофрения: группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением); группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой); группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой). Определение клинических фабул и мотивационно-потребностных уровней основных групп мотивов позволили оценить тесноту связей между уровнем воздействия социальных факторов и возможными вариантами дальнейшего ведения больных в амбулаторных или стационарных условиях, а также найти долю больных в опытной (стационарной) группе, причиной добровольной госпитализации которых послужило воздействие изучаемого социального фактора.

Таблица 2.3 - Программа и методика медико-социального исследования (Раздел 3. Определение особенностей организации медицинской помощи пациентам с диагнозом F20.0 самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью)

Наименование этапа	Содержание этапа
Определение мотивационного профиля пациентов с диагнозом F20.0 самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью	-группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением); -группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой); -группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой); -определение фабулы и мотивационно-потребностных уровней основных групп мотивов; -определение связи между уровнем воздействия социальных факторов и возможными вариантами дальнейшего ведения больных в амбулаторных или стационарных условиях; -определение уровня атрибутивного риска (Attributable risk – AR) - доля больных в опытной (стационарной) группе, причиной добровольной госпитализации которых послужило воздействие изучаемого социального фактора.
Выявление клинических и социальных предикторов формирования мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью	-возраст начала шизофренического процесса; -нарастание и выраженность негативных расстройств; -наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики; -наследственная отягощенность; -экзогении; -особенности акцентуации характера в преморбиде.
Анализ структуры основных причин самостоятельного обращения за психиатрической помощью в т.ч. для социального обеспечения	-нежелание родственников (опекунов) ухаживать за пациентом; -стесненные жилищные условия родственников (опекунов); -причины, обусловленные плохим здоровьем родственников (опекунов); -причины, обусловленные поведенческими расстройствами; -отсутствие родственников (опекунов).

Таблица 2.4 - Клиническая оценка состояния пациентов параноидной шизофренией по разделам шкалы PANSS (P – позитивная симптоматика; N- негативная симптоматика; G – общая психопатология)

Раздел шкалы	Размах вариации	Клиническая оценка состояния пациента*		
		«Неудовлетворительное»	«Удовлетворительное»	«Хорошее»
PANSS(P)	[7;49]	≥ 29	[22-29]	[7-22]
PANSS(N)	[7;49]	≥ 29	[22-29]	[7-22]
PANSS(G)	[16;112]	≥ 65	[49-65]	[16-49]
Суммарный балл	[30-210]	≥ 123	[93-123]	[30-93]
*состояние «хорошее», «удовлетворительное», «неудовлетворительное» соответствуют уровню градации выраженности признака по шкале соответственно: 3 – «слабые нарушения»; 4 – «умеренные нарушения»; 5 – умеренные до сильного.				

Таким образом, определение мотивационных компонент участия больных параноидной шизофренией в медико-реабилитационных мероприятиях позволит идентифицировать круг основных проблем-мишеней медико-социальной работы, а установленная структура биопсихосоциальных факторов, влияющих на социальное функционирование, позволит уменьшить число регоспитализаций и снизит уровень социального госпитализма со значительным экономическим эффектом.

ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ, В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Отобранные 50 больных (контрольная группа) наблюдались в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях (полустационарный режим психиатрической помощи) ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ» [100,129]. Основным критерием включения в исследование был установленный диагноз параноидной шизофрении (F 20.0). Среди обследованных было 26 (52%) мужчин в возрасте от 24 до 64 лет (средний – $40,3 \pm 11,8$) и 24 (48%) женщин в возрасте от 26 до 60 лет (средний – $42,7 \pm 9,8$) (таблица 3.1.). Для верификации установленного клинического диагноза в исследование включались пациенты с длительностью течения шизофренического процесса не менее 3-х лет. При этом длительность заболевания составила $17,9 \pm 11,4$ года (рисунок 3.1). Количество перенесенных психотических приступов – более четырех с частотой обострений – раз в году и реже (68% больных).

Таблица 3.1 - Основные статистические показатели выборки больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в условиях амбулаторного режима оказания психиатрической помощи

	Среднее значение ($\bar{X}$)	Минимальное значение (min)	Максимальное значение (max)	Стандартное отклонение (σ)	Коэффициент вариации ($K_v = \sigma/\bar{X}$)
1	2	3	4	5	6
Возраст, годы					
По выборке ($N_{выб.}=50$)	41,5	24	64	10,8	0,25
Мужчины ($N_m=26$)	40,3	24	64	11,8	0,28
Женщины ($N_f=24$)	42,7	26	60	9,8	0,23
Длительность лечения, дни					
По выборке ($N_{выб.}=50$)	79,1	14	368	74,1	0,94
Мужчины ($N_m=26$)	80,1	14	240	63,0	0,79
Женщины ($N_f=24$)	77,9	15	368	86,6	1,11
Длительность заболевания (количество лет с момента первого обращения)					
По выборке ($N_{выб.}=50$)	17,9	2	45	11,4	0,64
Мужчины ($N_m=26$)	18,7	2	45	12,9	0,69
Женщины ($N_f=24$)	17,0	4	35	9,9	0,58

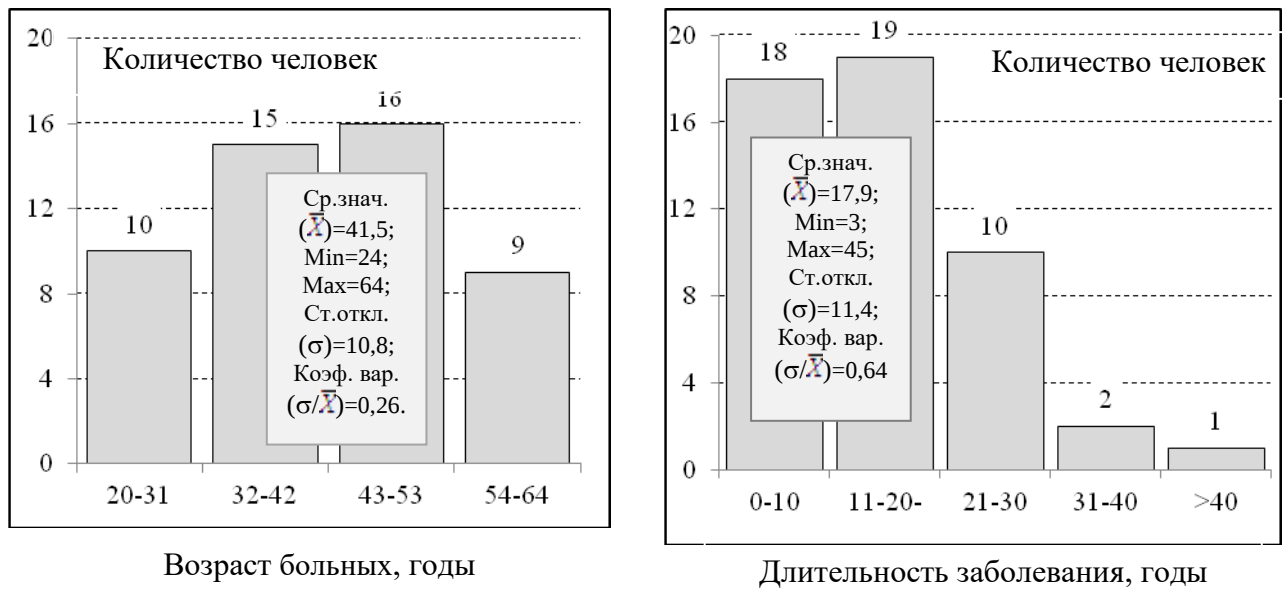


Рисунок 3.1 - Статистические характеристики возраста (B , годы) и длительности заболевания параноидной шизофренией (T_z , годы) в выборке больных, наблюдавшихся в условиях медикаментозной ремиссии (амбулаторный режим) ($T_z = 0,71B - 12,12$, $r = 0,73$, $m = \pm 0,1$, $P \geq 0,99$)

При этом 30% больных проживали одиноко при наличии родственников, 58% – в семье родственников, 12% – в собственной семье; 64% больных имели хорошие социально-бытовые условия проживания, а у половины пациентов сохранились удовлетворительные взаимоотношения с близким окружением (рисунок 3.2). Кроме того, 28 (56%) пациентов имели изолированный круг общения, формальное отношение к качеству социальных контактов продемонстрировали 36 (72%) больных, а 31 (62%) имели частичную социальную адаптацию исключительно на бытовом уровне (рисунок 3.3.).

Проведенный анализ достоверности различий относительных величин показателей различных групп социальных факторов среди мужчин, женщин и в целом по выборке (таблица 3.2) позволил установить однородность исследуемых групп (доверительный коэффициент $t < 2$) с вероятностью $P > 95\%$ [51]. Все больные имели группу инвалидности, из них 38,3% третью, а остальные 61,7% – вторую группу, при этом 68,3% больных находились на инвалидности более 3 лет. У большинства больных заболевание дебютировало в молодом возрасте. У 65% пациентов длительность ремиссии составила от 1 до 3 лет, у 25% - от 3 до 6 лет и у 10% - более 6 лет.

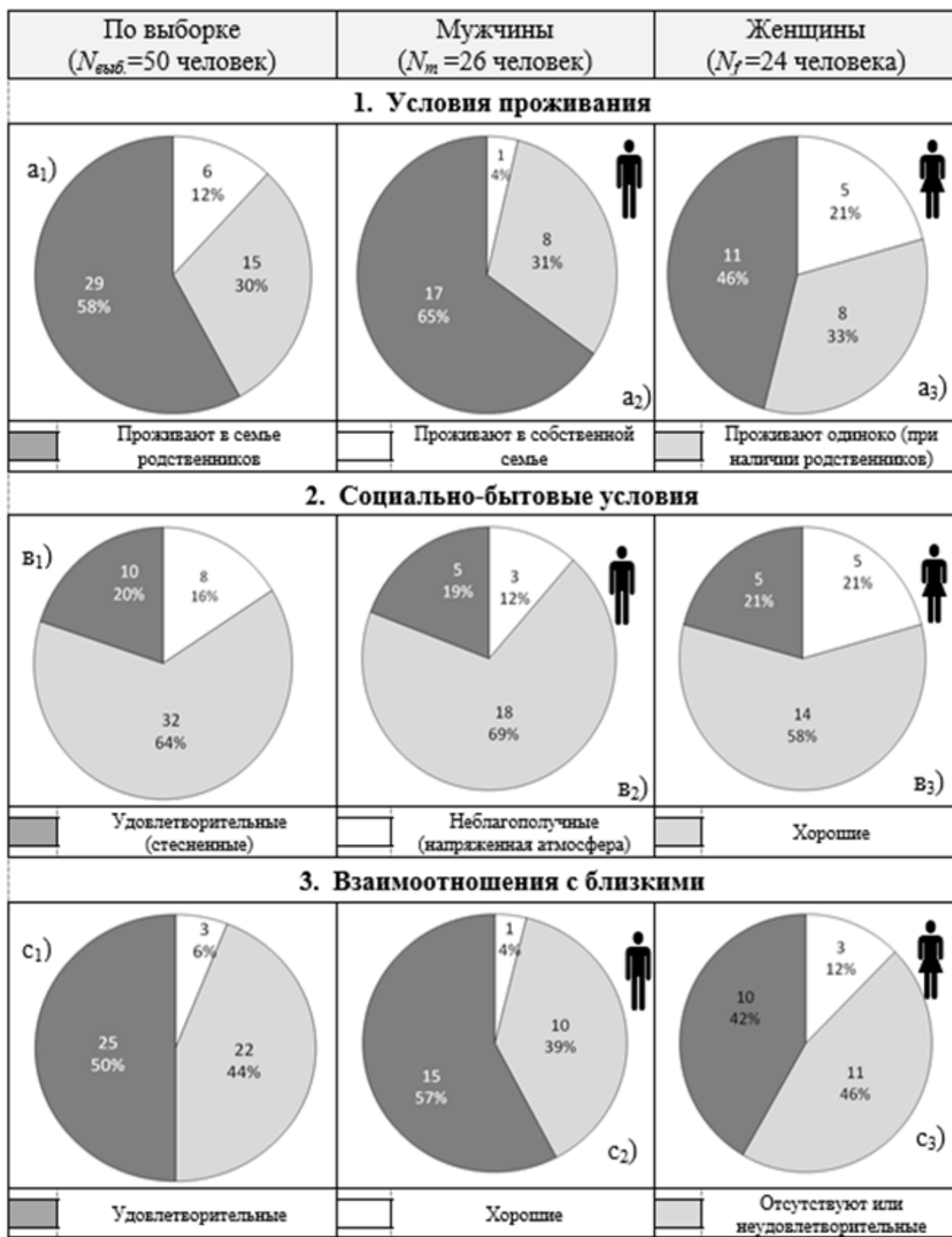


Рисунок 3.2 - Социальные характеристики больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в отделении медико-психосоциальной работы (амбулаторный режим оказания психиатрической помощи)

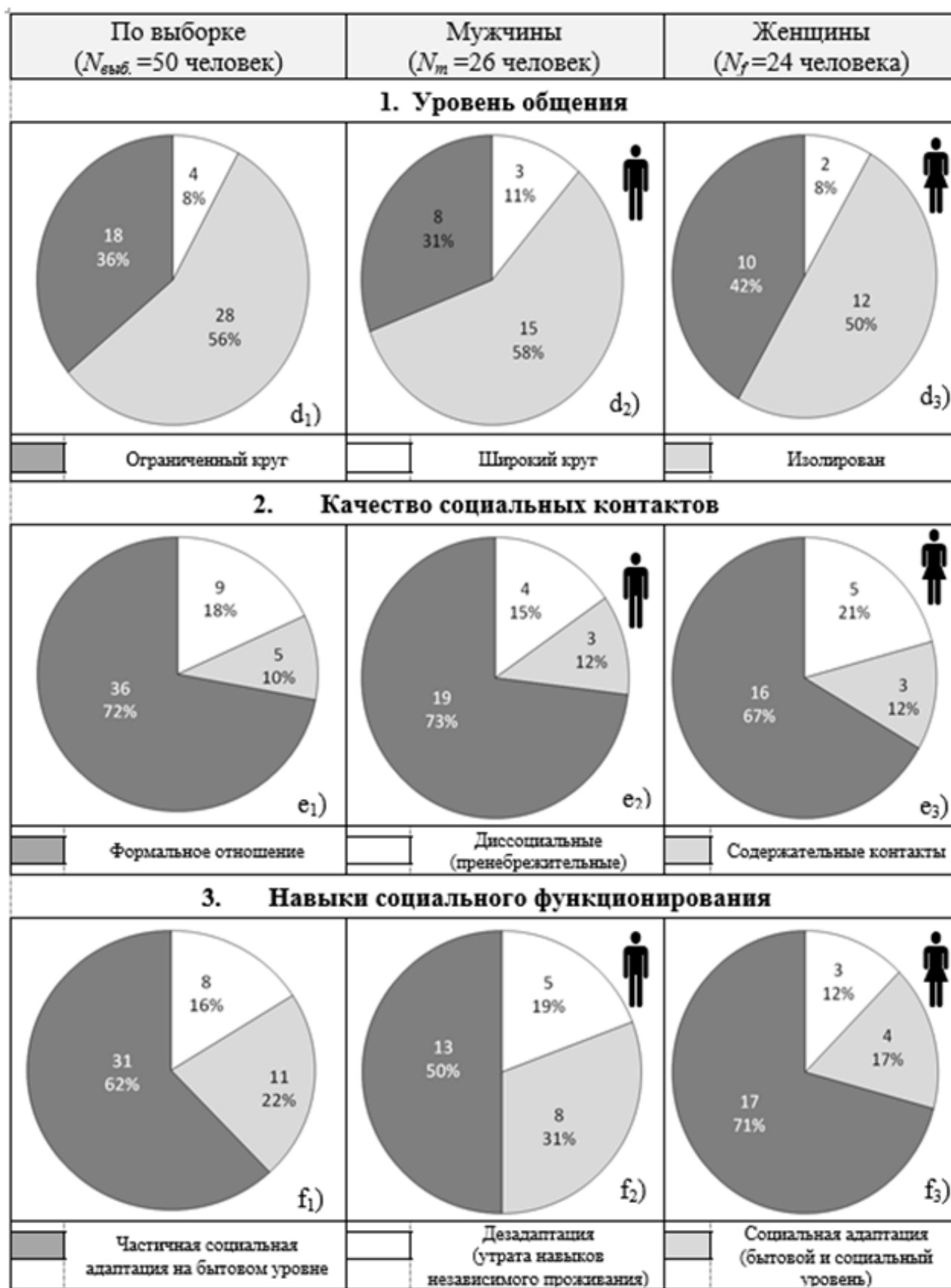


Рисунок 3.3 - Социальные характеристики больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в отделении медико-психосоциальной работы (амбулаторный режим оказания психиатрической помощи) (продолжение)

Таблица 3.2 - Оценка достоверности различий относительных величин показателей различных групп социальных факторов для контрольной группы больных, наблюдавшихся в отделении медико-психосоциальной работы (амбулаторный режим оказания психиатрической помощи)

Группы социальных факторов	Социальные показатели	Значение показателя, %			Доверительный коэффициент (t)		
		По выборке (N _{выб} =50)	Мужчины (N _м =26)	Женщины (N _ж =24)	t(N _{выб} ·N _м)	t(N _{выб} ·N _ж)	t(N _м ·N _ж)
1. Условия проживания	Проживает в семье родственников	58	65	46	0,6	1,0	1,4
	Проживает в собственной семье	30	31	33	0,1	0,3	0,2
	Проживает одиноко (при наличии родственников)	12	4	21	1,3	0,9	1,9
2. Социально-бытовые условия	Удовлетворительные (стесненные)	20	19	21	0,1	0,1	0,2
	Неблагоприятные (напряженная атмосфера)	16	12	21	0,5	0,5	0,9
	Хорошие	64	69	58	0,4	0,5	0,8
3. Взаимоотношения с близкими	Удовлетворительные	50	57	42	0,6	0,6	1,1
	Хорошие	6	4	12	0,4	0,8	1,0
	Отсутствие или неудовлетворительные	44	39	46	0,4	0,2	0,5
4. Уровень общения	Ограниченный круг	36	31	42	0,4	0,5	0,8
	Широкий круг	8	11	8	0,4	0	0,4
	Изолирован	56	58	50	0,2	0,3	0,1
5. Качество социальных контактов	Формальное отношение	72	73	67	0,1	0,4	0,5
	Диссоциальные (пренебрежительные)	18	15	21	0,3	0,3	0,6
	Содержательные контакты	10	12	12	0,3	0,3	0
6. Навыки социального функционирования	Частичная социальная адаптация на бытовом уровне	62	50	71	1,0	0,8	1,6
	Дезадаптация (утрата навыков независимого проживания)	16	19	12	0,3	0,5	0,7
	Социальная адаптация (бытовой и социальный уровень)	22	31	17	0,8	1,5	1,2

Длительность течения шизофренического процесса в преобладающем большинстве случаев составляла от 4 до 20 лет (таблица 3.3). Анализ взаимосвязи длительности лечения заболевания и возраста исследуемых больных позволил

сделать вывод об относительной однородности динамических характеристик сформированной выборки при длительности лечения не превышающей 3 месяцев (таблица 3.4).

Таблица 3.3 - Корреляционная матрица длительности заболевания ($T_{\text{заб.}}$, годы) и возраста (V , годы) для выборки больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи ($T_{\text{заб.}} = 0,71V - 12,12$, $r = 0,73$, $m = \pm 0,1$, $P \geq 0,99$)

		Возраст (V), годы				ИТОГО
		20-31	32-42	43-53	54-64	
$T_{\text{заб.}}$, ГОДЫ	0-10	8	6	3	1	18
	11-20	2	8	9		19
	21-30		1	4	5	10
	31-40				2	2
	>40				1	1
ИТОГО		10	15	16	9	50

Количество больных

 - [1-3]  - [4-6]  - [7-9]

Таблица 3.4 - Корреляционная матрица длительности лечения ($T_{\text{леч.}}$, дни) и возраста (V , годы) больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи

		Возраст (V), годы				ИТОГО
		20-31	32-42	43-53	54-64	
$T_{\text{леч.}}$, ДНИ	10-80	6	11	5	4	26
	81-150	2	3	5	2	12
	151-220			2	4	6
	221-290		1	2	1	4
	>290			2		2
ИТОГО		8	15	16	11	50

Количество больных

 - [1-3]  - [4-6]  - [7 и >]

У данной когорты больных отмечался достаточно высокий образовательный уровень: 66% из них имели законченное высшее и среднее специальное образование. На момент исследования 30% больных были трудоустроены вне стен дневного стационара и, в большинстве своем, работали по специальности без особого снижения профессионального уровня, остальные работали в производственных мастерских, при этом 20% из них справлялись с работой лишь частично. У преобладающего большинства пациентов доминирующим мотивом к

трудовой деятельности явилось стремление сохранить имеющийся социальный уровень и улучшить материальное положение (рисунок 3.4).

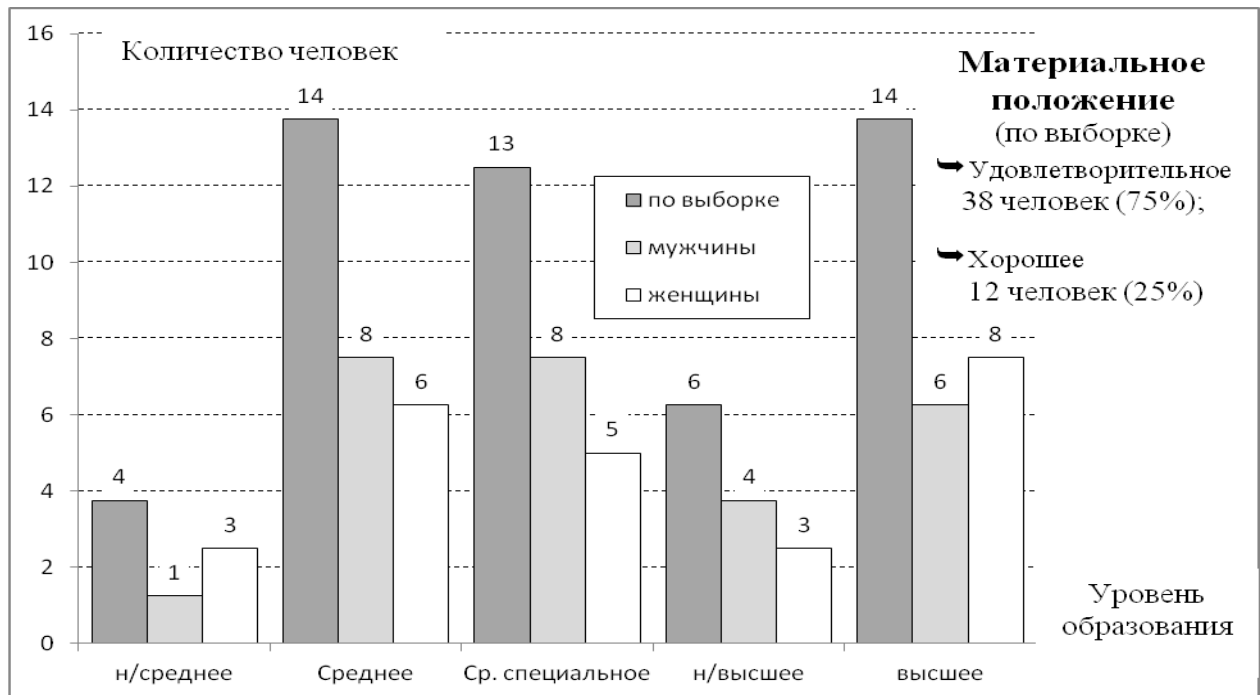


Рисунок 3.4 - Уровень образования и материальное положение больных параноидной шизофренией, получающих лечение в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи

У 65% больных не выявлено наследственной отягощенности; у 25 % определена наследственная отягощенность психическими заболеваниями; у 10% в предшествующий период выявлена склонность к злоупотреблению алкоголем; у 15% больных – наличие соматических заболеваний различной степени выраженности. Таким образом, у 25% больных наблюдались различного рода экзогении и соматические заболевания. Среди 30% больных в преморбиде отмечалась замкнутость, мнительность, ранимость, у 15% больных имелись гипертимные черты, у 12 % - эксплозивные. Негативные симптомы у больных наблюдались от легких изменений личности до выраженных изменений с редукцией энергетического потенциала.

Психопатоподобные расстройства выявлены у 10%, аффективные нарушения – у 15%, галлюцинаторно-бредовые – у 75% больных. Кроме того, недостаточность социального функционирования в перморбиде и продроме болезни отмечалась уже у 65% больных (незаконченное образование

(профессиональное, высшее), отсутствие постоянной работы, неудовлетворительные жилищные условия, проблемы в браке, либо в длительных отношениях). Наличие преморбидных расстройств приводило в дальнейшем к возникновению дезадаптации в сфере самообслуживания и межличностных коммуникациях.

С целью унификации клинических данных и проведения параметрических исследований использовался катamnестический, клинико-психопатологический и психометрический методы, базирующиеся на использовании психометрических и социометрических шкал PANSS и PSP. Оценка навыков социального функционирования была произведена на основе построения контрольных таблиц (laundry list) основных социальных характеристик [138].

В основу статистической обработки экспериментальных данных положены методы оценки показателей вариации, регрессионный анализ, а также расчет коэффициентов ранговой корреляции Спирмена и оценка гипотез по критерию Стьюдента. Расчеты проводились с использованием пакета прикладных программ STATISTICA [9,107,127].

Клинический анализ психопродуктивной симптоматики и количественных значений баллов по шкале PANSS (таблица 3.5) позволил выявить, что ведущее место в клинической картине заболевания занимали явления вербального псевдогаллюциноза. Содержание «голосов» в большинстве случаев было неприятным, тягостным и мучительным без императивных включений. Фабула бредовых переживаний была связана с содержанием «голосов» и представляла собой вариант галлюцинаторного бреда, чаще всего преследования или воздействия. У 4 больных наблюдалась галлюцинаторная парафрения с бредом фантастического содержания (богатства, могущества, высокого происхождения и др.).

В этом случае реабилитационные мероприятия рассматривались как вариант «убежища» от воздействия мнимых недоброжелателей, «спасения грешной души» и «нажитого богатства».

Таблица 3.5 - Значения шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) для выборки больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи

Индекс показателя	Показатели оценочных субшкал	Среднее значение ($\bar{X}$)	Стандартное отклонение (σ)	Минимальное значение (min)	Максимальное значение (max)	Коэффициент вариации ($K_v = \sigma/\bar{X}$)
Позитивная симптоматика (суммарный средний балл $19,2 \pm 5,4$)						
P1.	Бред	3,2	1,1	2	4	0,34
P2.	Дезорганизация мышления	2,8	0,6	2	3	0,21
P3.	Галлюцинаторное поведение	2,7	1,0	1	4	0,37
P4.	Психомоторное возбуждение	2,6	0,7	2	3	0,27
P5.	Идеи величия	2,3	0,9	1	3	0,39
P6.	Подозрительность/идеи преследования	3,4	0,5	2	4	0,15
P7.	Враждебность	2,2	0,7	1	3	0,32
Негативная симптоматика (суммарный средний балл $19,7 \pm 6,1$)						
N1.	Уплотненный аффект	2,9	0,9	2	4	0,31
N2.	Снижение эмоциональной вовлеченности	2,2	0,7	1	3	0,32
N3.	Снижение коммуникабельности	3,2	0,9	2	4	0,28
N4.	Пассивная/апатическая социальная самоизоляция	2,8	0,9	2	3	0,32
N5.	Нарушения абстрактного мышления	3,3	1,1	2	4	0,33
N6.	Снижение спонтанности и речевой активности	2,6	0,8	1	4	0,31
N7.	Стереотипность мышления	2,7	0,8	2	3	0,30
Общая психопатология (суммарный средний балл $44,0 \pm 11,6$)						
G1.	Соматизация	3,4	0,8	2	4	0,24
G2.	Тревожность	1,9	0,5	1	3	0,26
G3.	Чувство вины	3,8	0,7	2	4	0,18
G4.	Внутреннее напряжение	3,9	0,7	2	4	0,18
G5.	Манерность движений и поз	3,2	0,6	2	4	0,19
G6.	Депрессия	2,1	0,6	1	3	0,29
G7.	Двигательная заторможенность	2,7	0,8	2	3	0,30
G8.	Негативизм	2,8	0,8	2	3	0,29
G9.	Необычное содержание мышления	3,3	0,9	2	4	0,27
G10.	Дезориентировка	2,2	0,5	2	4	0,23
G11.	Снижение внимания	2,8	0,9	2	3	0,32
G12.	Нарушение суждений и критики	2,9	0,9	1	4	0,31
G13.	Волевые нарушения	2,2	0,7	2	3	0,32
G14.	Снижение контроля побуждений	2,4	0,7	1	4	0,29
G15.	Аутизация	2,5	0,8	1	4	0,32
G16.	Активная социальная изоляция	1,9	0,7	1	3	0,37

Уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией был сопряжен не только с выраженностью галлюцинаторно-бредовой и негативной симптоматики. Существенное влияние на социальный статус больных оказывала депрессия, которая в разной степени выраженности наблюдалась у многих пациентов [12,11]. Стертый «матовый» характер депрессивных нарушений, маскирующихся под шизофреническую эмоционально-волевою дефицитарность, затруднял их диагностику. В связи с этим, для верификации расстройств депрессивного спектра применялась шкала Калгари, являющаяся на сегодняшний день наиболее чувствительным диагностическим инструментом для выявления депрессии при шизофрении.

Было выявлено два типа депрессивных расстройств у больных параноидной шизофренией. Первый тип (46%) полностью соответствовал диагностической рубрике МКБ-10 (F32) депрессия легкой и средней степени тяжести. В рамках второго типа депрессивных состояний наблюдались атипичные депрессии, клинические проявления которых не укладывались в критерии депрессивного эпизода. Выраженность депрессии по шкале Калгари составила в среднем $X_{cp}(CDSS) = 10,6 \pm 2,3$ баллов для выборки больных, имеющих признаки депрессивного расстройства (общий балл более 6). В структуре депрессии в значительной степени были выражены идеи самообвинения и самоуничтожения (рисунок 3.5). Наиболее часто наблюдались больные с тревожной депрессией – 12 наблюдений (37,5%). Они жаловались на наличие соматических ощущений тревоги в области грудной клетки, выявлялись отчетливые суточные колебания аффекта. При этом тревожные переживания варьировали от чувства неопределенной, немотивированной тревоги до четкой идентификации предмета беспокойства: собственное здоровье; здоровье близких родственников; ожидание катастрофы в развитии социальных и политических событий. В 6 наблюдениях имела место депрессивно-бредовая симптоматика. У 2-х больных речь шла о бредовом компоненте персекуторного содержания («преследование, воздействие», идеи материального ущерба). У 4-х пациентов тревога сочеталась с ипохондрическим бредом.

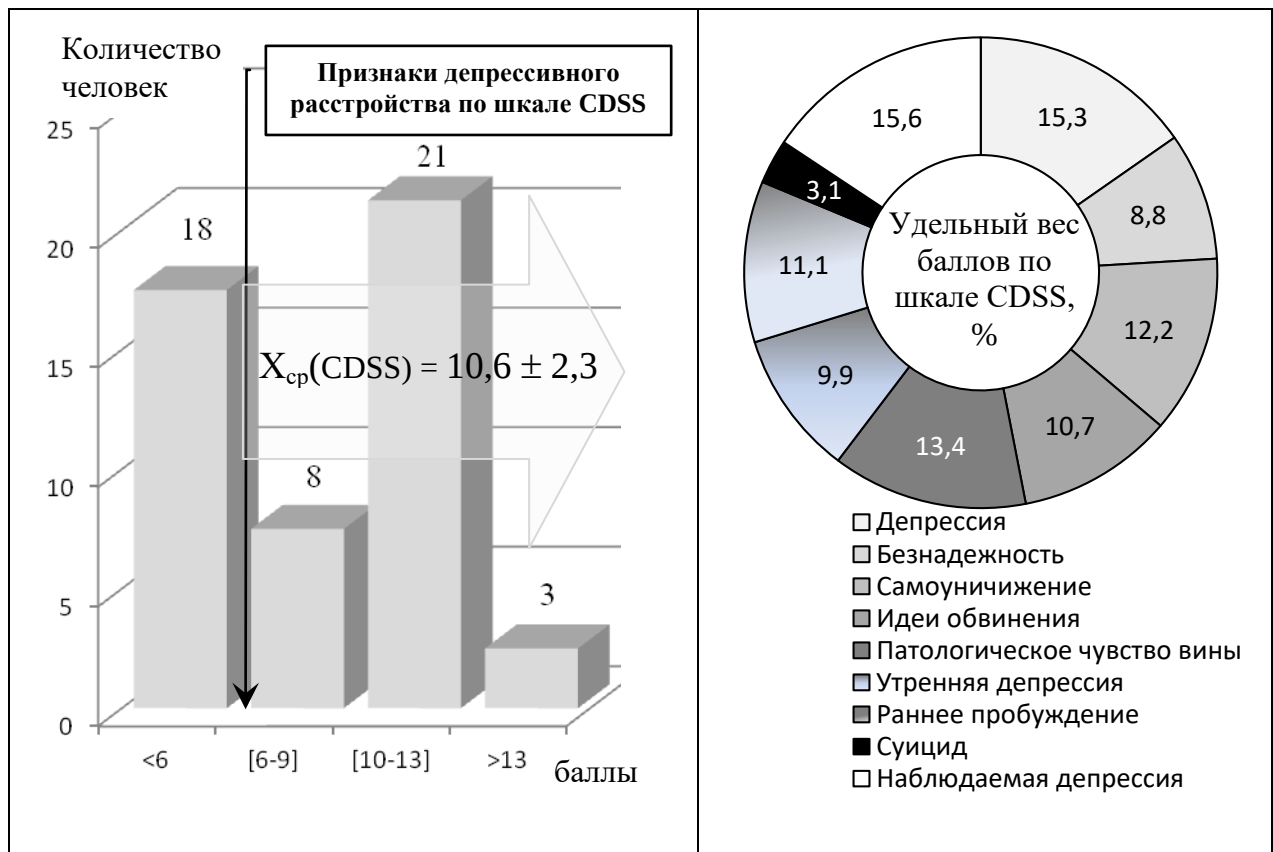


Рисунок 3.5 - Структура депрессии выборки больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи (шкала Калгари (CDSS))

В структуре депрессии отмечались чувства собственной несостоятельности и малоценности, идеи самообвинения и самоуничтожения сверхценного характера (у 3 больных). У других больных в структуре депрессии преобладали апато-абулические нарушения, а также анергические и астенические компоненты - 13 больных (40,6%). Пациенты отмечали отсутствие желаний и побуждений к деятельности, включая круг домашних проблем, утрату прежних интересов, отсутствие вовлеченности в происходящие события, тяготились состоянием видимой беспомощности в еще достаточно молодом возрасте. У 3-х больных основные жалобы касались видимого физического бессилия, повышенной утомляемости, выраженной трудности к концентрации даже на привычных действиях, забывчивости и несостоятельности. Тоскливая депрессия отмечалась у 7 больных (21,9%) и проявлялась «загрудинной тоской», идеями самообвинения, суточными колебаниями витальной меланхолии. У большинства пациентов

выявлялись нарушения сна от незначительной трудности засыпания до ощущения его полного отсутствия. Кроме того, было выявлено нарушение аппетита, в большинстве своем в сторону снижения и связанная с этим вариабельность массы тела. В целом, для выявленных депрессивных состояний характерны размытость и нечеткость гипотимических признаков с преобладанием тревожных, апато-абулических и анэргических компонентов. При этом отмечаются некоторые различия между выраженностью симптоматики депрессивного спектра и субъективным восприятием пациентами своего состояния. Этот феномен, зачастую, приводил к принятию нерациональных решений во многих социальных вопросах, препятствовал обращению за психиатрической помощью и решению вопроса о госпитализации. Эта характерная особенность выявленных депрессивных состояний обусловлена сочетанием собственно депрессии с резидуальными продуктивными (бредовые построения персекуторного и ипохондрического содержания; псевдогаллюцинаторная симптоматика) и негативными расстройствами (апато-абулические и астено-анэргические нарушения) основного заболевания – параноидной шизофрении.

Анализ результатов по шкале оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale - PSP; Morosini P., 2000) позволил сделать вывод, что практически во всех сферах жизни больных наблюдаются признаки снижения социального функционирования. Это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. Оценка персонального и социального функционирования превысила средний уровень и достигла по выборке 55 баллов по шкале PSP, что соответствует интервалу значительных затруднений в основных областях функционирования (социально полезная деятельность, отношения с близкими) или заметных поведенческих нарушений. Кроме того, более дифференцированный подход продемонстрировал заметное снижение качества жизни пациентов группы «с депрессией» в отношении с близкими ($t=2,13$, $p>0,95$) и в навыках самообслуживания ($t=2,07$, $p>0,95$) (таблица 3.6, рисунок 3.6).

Таблица 3.6 - Оценка персонального и социального функционирования по шкале PSP у больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях оказания психиатрической помощи

Показатели по областям функционирования		По выборке (среднее значение $\pm$ стандартное отклонение)*	Без депрессии** (среднее значение $\pm$ стандартное отклонение)*	С депрессией** (среднее значение $\pm$ стандартное отклонение)*
1		2	3	4
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	2,63 $\pm$ 0,93	2,40 $\pm$ 0,95	2,76 $\pm$ 0,88
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	2,23 $\pm$ 0,86	1,87 $\pm$ 0,81	2,44 $\pm$ 0,82
c)	самообслуживание	1,2 $\pm$ 0,82	0,87 $\pm$ 0,50	1,40 $\pm$ 0,91
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	1,78 $\pm$ 0,89	1,53 $\pm$ 0,88	1,92 $\pm$ 0,86
*Уровень нарушения функционирования, наблюдавшийся у больных за последние 7 дней (0 –Отсутствует; 1-Слабое; 2-Заметное; 3-Значительное; 4-Сильное; 5-Очень сильное); ** Наличие депрессивного состояния определялось по шкале Калгари.				
Заключительный балл	Средний	55	59	51
		Средний балл $\in$ [31-70] - уровень ограниченного персонального и социального функционирования		
	Минимум	25	35	25
	Максимум	75	75	65

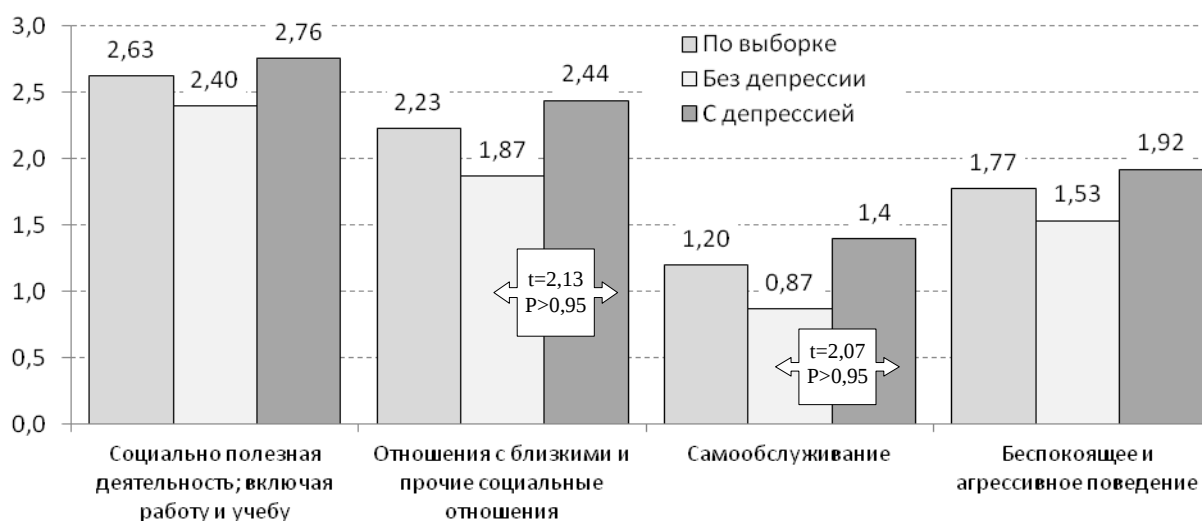


Рисунок 3.6 - Уровень нарушения персонального и социального функционирования по шкале PSP у больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в амбулаторных условиях, баллы (0 – отсутствует; 1- слабое; 2 - заметное; 3 - значительное; 4 - сильное; 5 - очень сильное)

При этом установлено, что всего 45% больных полностью удовлетворены психиатрической помощью, оказываемой в дневном стационаре и медико-реабилитационном отделении [144,145]. Структура преобладающей неудовлетворенности проявилась следующим образом: проблемы в общении и взаимодействии (25%); трудоустройство, включая занятость в условиях трудовых мастерских (12%); недостаточным объемом социальных льгот по инвалидности (33%); результаты лечения (психофармакотерапия) (15%); результаты лечения (соматическая патология) (8%). Таким образом, анализ персонального и социального функционирования больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в условиях медикаментозной ремиссии позволил сформировать мотивационные компоненты участия больных в медико-реабилитационных мероприятиях и определить круг основных проблем-мишеней медико-социальной работы.

В этой связи становится актуальным определение корреляции между выраженностью психопатологических расстройств и уровнем социального функционирования больных параноидной шизофренией. С этой целью был проведен парный корреляционный анализ между уровнем социального функционирования больных параноидной шизофренией по шкале PSP и тяжестью симптоматики по шкале PANSS (рисунок 3.7). Полученные данные свидетельствуют о том, что социальное функционирование больных значительно коррелировало с выраженностью как негативной ($\rho_s = -0,282$, $m = \pm 0,14$, $P \geq 0,95$), так и позитивной симптоматики ($\rho_s = -0,403$, $m = \pm 0,13$, $P \geq 0,95$). Для общей психопатологии коэффициент корреляции составил ($\rho_s = -0,34$, $m = \pm 0,14$, $P \geq 0,95$). При этом необходимо отметить, что влияние негативной симптоматики оказалось значительно ниже. Это обстоятельство связано с активным проведением в условиях медико-реабилитационного отделения и дневного стационара психообразовательных программ, ориентированных на повышение ответственности пациента за свое здоровье и социальное функционирование.

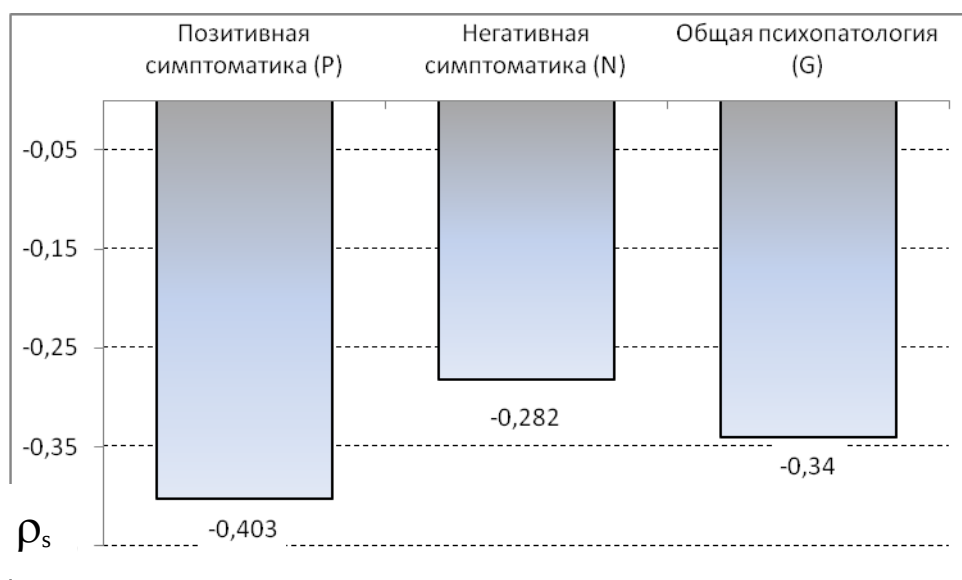


Рисунок 3.7 - Анализ зависимости уровня социального функционирования (заключительный балл по шкале PSP) и психопатологической симптоматики (значения показателей оценочных субшкал (P), (N), (G) по шкале PANSS) по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена (ρ_s)

В ходе проведения этих программ повышается комплаентность больных к проводимым медико-реабилитационным мероприятиям, расширяется сеть социальных контактов, стабилизируются отношения с ближайшим окружением, улучшаются субъективные представления и переживания о психическом здоровье и жизни в целом, а также качестве оказания медицинской помощи и социальной поддержки со стороны больницы. Эти факторы в значительной степени способствуют формированию критичного отношения к проявлениям болезни и снижают степень зависимости социального функционирования от психической патологии.

На следующем этапе исследования проведена оценка уровня социального функционирования в зависимости от различных биологических, психопатологических и социально-психологических факторов. Оценка пола, возраста на момент исследования, семейного положения, наследственной отягощенности, наличия психогений в период, предшествующий заболеванию, подверженности больного экзогенным вредностям не выявили статистически достоверной значимости этих показателей для социального функционирования больных. Однако, уровень негативных и позитивных расстройств, отмечавшийся

у больных на момент исследования ($P>0,95$, $t=2,32$), аффективные нарушения ($P>0,95$, $t=2,15$), количество предшествующих госпитализаций ($P>0,9$, $t=1,96$) и длительность заболевания ($P>0,9$, $t=1,79$) выявили значимые статистические корреляции. Именно эти признаки заболевания в условиях полустационарного режима психиатрической помощи являлись определяющими для формирования приспособительных возможностей больных, потенциальной трудоспособности и взаимоотношений с окружающими.

Неоднозначность и многоаспектность понятия социального функционирования, его прямая и опосредованная зависимость от достаточно большого набора факторов предопределяет необходимость рассмотрения этой проблематики как по объективным, так по субъективным показателям - стандартизированной социометрической шкале PSP и основными показателями оценки социального функционирования (см. рисунок 3.2, 3.3, таблицу 3.2). Предложенный подход позволяет детально рассмотреть и сопоставить информацию о нарушениях тех или иных составляющих социального функционирования со стороны врача-исследователя и пациента. Определение соответствия и верификация полученных результатов оценки навыков социального функционирования больных в рамках предлагаемого подхода была получена путем сравнительного анализа со средним заключительным баллом по шкале PSP (таблица 3.7, рисунок 3.8). По полученным данным выделено три группы больных с различным уровнем социального функционирования: социальная адаптация на бытовом и социальном уровне; частичная социальная адаптация на бытовом уровне; дезадаптация на уровне утраты навыков независимого проживания. В такой постановке результаты оценки указывают на наличие у большинства (80%) социально адаптированных больных (1-я группа) удовлетворительных и хороших условий проживания в собственной семье. Во 2-й и 3-й группах было значительно больше (60%) пациентов, проживающих с родственниками или одиноко. В этих же группах больные отмечали наличие проблем в области вербальных коммуникаций и межличностного взаимодействия с низким содержательным уровнем социальных контактов.

Таблица 3.7 - Статистический анализ навыков социального функционирования и социального статуса больных параноидной шизофренией

№ группы	Группы больных по навыкам социального функционирования	Количество больных	Социальные характеристики больных									Средний (по группе) заключительный балл по шкале PSP $\pm$ (стандартное отклонение)
			Бытовые условия	Наличие образования	Личная жизнь	Социальные условия	Уровень взаимоотношений с окружающими	Уровень коммуникабельности	Наличие и качество социальных контактов	Уровень материального положения	Трудоустройство	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Социальная адаптация (бытовой и социальный уровень)	14	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	73,3 $\pm$ 5,9 (слабо выраженные затруднения)
2	Частичная социальная адаптация на бытовом уровне	25			✓		✓	✓	✓			56,7 $\pm$ 10,5 (различная степень ограниченного функционирования)
3	Деадаптация (утрата навыков независимого проживания)	11	✓		✓	✓	✓	✓				32,2 $\pm$ 3,2 (крайне выраженное ухудшение функционирования)

✓ - цветом выделены ячейки, для которых выявлены достоверные статистические различия по критерию Стьюдента (t) с вероятностью $P > 0,9$ и степенями свободы $f_i = n - 1$, где (n -количество больных в группе; i - номер группы)

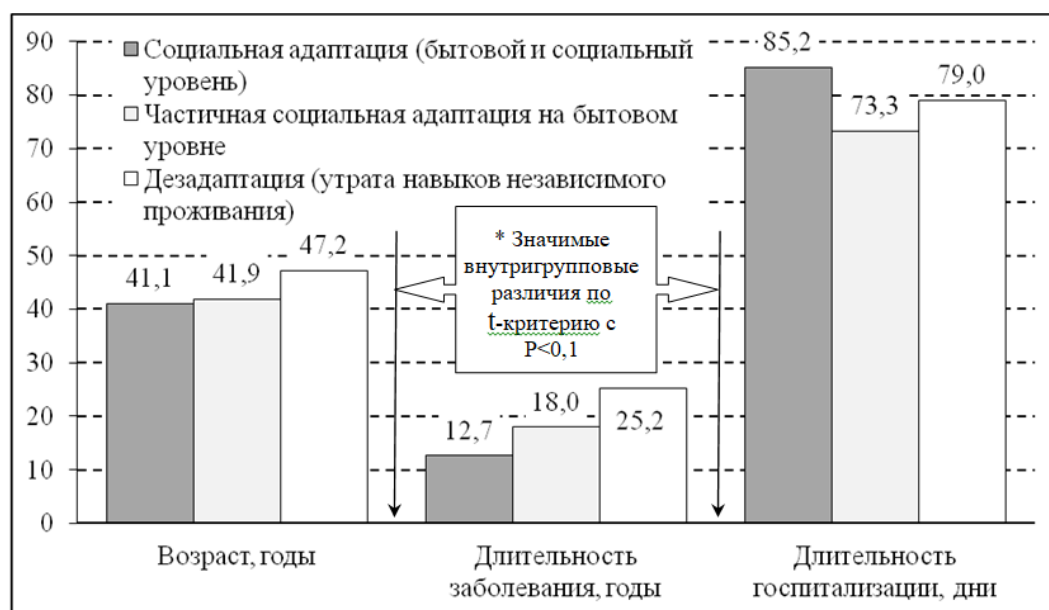


Рисунок 3.8 - Статистические характеристики выборки (возраст, годы; длительность заболевания, дни, длительность госпитализации, дни) для различных социальных групп больных параноидной шизофренией (* расчеты производились по критерию Стьюдента (t-критерий) с вероятностью $P > 0,9$)

Максимальный уровень социальной дезадаптации наблюдался в семейной сфере [71,142]. Социальная заинтересованность в трудоустройстве значительно отличалась у социально адаптированных больных, имеющих достаточно широкий круг общения и удовлетворенных качеством социальных контактов, наблюдалась относительно стабильная социальная адаптация в сфере межличностных, семейных и профессиональных отношений. Больные 2-й группы не справлялись с поручениями на работе, стремились избегать нагрузок, создавали для себя щадящий предохранительный режим, перекладывали ответственность, сокращая до минимума объемы повседневных обязанностей. В данном случае социальное поведение обусловлено желанием уйти от реальности, отдохнуть, избежать «крайностей» и определило особый случай социальной несостоятельности на фоне дефицитарных изменений личности. Кроме того, были выявлены значимые статические тенденции (внутригрупповые различия) ухудшения навыков социального функционирования в зависимости от длительности заболевания ($P > 0,9$) (см. рисунок 3.8).

На следующем этапе исследования установлена корреляционная взаимосвязь между количеством и длительностью госпитализаций, длительностью течения шизофренического процесса и уровнем социального функционирования (таблица 3.8).

Таблица 3.8 - Анализ регрессионных взаимосвязей между длительностью госпитализации, возрастом и длительностью заболевания в группах больных параноидной шизофренией

№№	Группы больных по навыкам социального функционирования	Вид регрессионной взаимосвязи		
		$*T_z = f_1(B), r, m_r, P$	$*T_z = f_2(T_3), r, m_r, P$	$*T_3 = f_3(B), r, m_r, P$
1	2	3	4	5
1	Социальная адаптация (бытовой и социальный уровень)	$T_z = -1,39B + 92,25,$ $r = 0,78, m_r = \pm 0,09,$ $P \geq 0,99.$	$T_z = -0,69T_3 + 55,63,$ $r = 0,72, m_r = \pm 0,1,$ $P \geq 0,99.$	Нет значимой статистической взаимосвязи.
2	Частичная социальная адаптация на бытовом уровне	$T_z = -1,31B + 99,36,$ $r = 0,81, m_r = \pm 0,09,$ $P \geq 0,99.$	$T_z = 2,25T_3 + 17,72,$ $r = 0,75, m_r = \pm 0,1,$ $P \geq 0,99.$	$T_3 = 1,04B - 24,03,$ $r = 0,87, m_r = \pm 0,07,$ $P \geq 0,99.$
3	Дезадаптация (утрата навыков независимого проживания)	Нет значимой статистической взаимосвязи.	$T_z = -0,21T_3 + 47,22,$ $r = 0,7, m_r = \pm 0,1,$ $P \geq 0,99.$	$T_3 = 0,84B - 14,55,$ $r = 0,79, m_r = \pm 0,09,$ $P \geq 0,99.$
* T_z -длительность госпитализации, дни; B –возраст, годы; T_3 -длительность заболевания, годы; r – коэффициента парной корреляции; m_r – ошибка коэффициента корреляции.				

Было выявлено, что с возрастом у данного контингента больных наблюдается ослабление позитивной симптоматики, снижение частоты госпитализации и длительности пребывания в клинике. Снижение данного показателя зачастую связано еще и с возможным переводом пожилых людей в интернаты со специализированной помощью.

Детальное рассмотрение данного аспекта показало, что при тяжелом непрерывном течении заболевания социальная дезадаптация связана с наличием биологических и психопатологических факторов, включая ранний возраст начала шизофренического процесса, нарастание и выраженность негативных расстройств, наличием более тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

В случаях более легкого течения заболевания доминируют биологические и социально-психологические факторы, такие как наследственная отягощенность, экзогении, соматическая патология и особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных определялось не клиническими факторами, а психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности.

Статистический анализ результатов по шкале PANSS позволил получить следующие значения по группам показателей: среднее значение и стандартное отклонение шкалы позитивных симптомов составляют $19,2 \pm 5,4$; среднее значение и стандартное отклонение шкалы негативных симптомов составляют $19,7 \pm 6,1$; среднее значение и стандартное отклонение шкалы общей психопатологии составляют $44,0 \pm 11,6$. Полученные результаты выраженности психопатологической симптоматики показали на преобладание негативной и общепатологической субшкал PANSS (см. таблица 3.5).

Таким образом, в результате исследования подтверждено, что выраженность негативной симптоматики, нарушений мышления, негативизма и враждебность определяют уровень социального функционирования больных.

Кроме того, необходимо отметить дезактуализированную резидуальную галлюциinatoно-параноидную симптоматику острого периода, которая существенно не влияла на уровень социального функционирования и не отражалась на поведении и мироощущении больных.

При этом в подавляющем большинстве случаев, уровень социального функционирования больных определялся «объективной» необходимостью ухода от различного рода конфликтов в «сложных» социально-бытовых и профессиональных сферах, возникающих на фоне дефицитарных нарушений. Эпизодически возникали периоды снижения работоспособности, сочетающиеся с исчезновением прежних желаний и стремлений, обеднением эмоциональных реакций и превалированием «реакций отказа» в условиях требующих даже незначительных напряжений.

На этом фоне отмечалась повышенная реактивность, ранимость и быстрая истощаемость, перемежающиеся с эмоциональной неустойчивостью с флюктуирующими фазными изменениями аффекта различной степени выраженности.

Анализ результатов по шкале PSP позволил сделать вывод, что практически во всех сферах функционирования больных наблюдаются признаки снижения, это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. При этом у больных 1-й и 2-й групп наблюдались значимые статистические различия в области социально полезной деятельности и межличностных отношений (рисунок 3.9).

Результаты корреляционного анализа показателей по шкале PSP и характеристик психического состояния по шкале PANSS позволили выделить значимое влияние негативной симптоматики на все основные области социального функционирования (таблица 3.9). Выраженность общей психопатологии и позитивных симптомов значительно ухудшает социально-полезную деятельность и коммуникативные навыки.

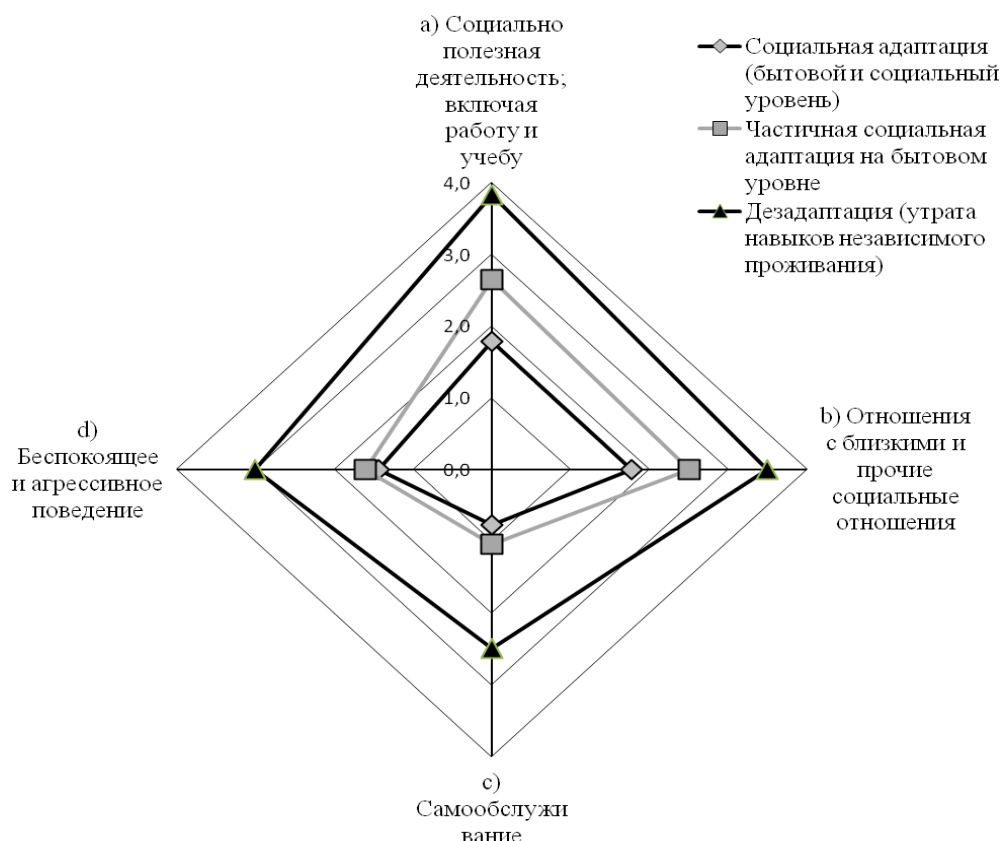


Рисунок 3.9 - Средние значения подшкал методики PSP для групп больных по навыкам социального функционирования

Таблица 3.9 - Корреляционная матрица показателей социального функционирования по шкале PSP и характеристик психического состояния по шкале PANSS

Показатели по шкале PANSS	Показатели по шкале PSP			
	а) Социально полезная деятельность, включая работу и учебу	б) Отношения с близкими и прочие социальные отношения	в) Самообслуживание	г) Беспокоящее и агрессивное поведение
1	2	3	4	5
Шкала позитивных симптомов	$r=0,73$, $m_r=\pm 0,1$, $P \geq 0,99$.	$r=0,63$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	Нет значимых корреляций	Нет значимых корреляций
Шкала негативных симптомов	$r=0,64$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	$r=0,65$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	$r=0,62$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	$r=0,6$, $m_r=\pm 0,12$, $P \geq 0,99$.
Общая психопатология	$r=0,61$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	$r=0,64$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	Нет значимых корреляций	Нет значимых корреляций
в т.ч. депрессия	Нет значимых корреляций	$r=0,7$, $m_r=\pm 0,1$, $P \geq 0,99$.	$r=0,63$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.	$r=0,62$, $m_r=\pm 0,11$, $P \geq 0,99$.

Материалом для исследования в **основной группе** послужила невыборочная когорта больных параноидной шизофренией самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью и добровольно госпитализированных в стационар. Отобранные больные основной группы (100 пациентов, в т.ч. 56 женщин в возрасте от 20 до 75 лет (средний - 48 ± 13) и 44 мужчины в возрасте от 22 до 65 лет (средний - 43 ± 12)) наблюдались в мужских и женских участково-территориальных отделениях больницы в период 2014-2017 гг. (таблица 3.10, рисунок 3.10).

По типу течения параноидная шизофрения характеризовалась умеренной прогрессивностью процесса и у 38% пациентов было непрерывным, а у 62% приступообразно-прогрессивным.

Психопатологическая симптоматика обследованных больных имела психотический регистр (паранойальный - 4%; параноидный - 63%; аффективно-бредовой - 24%), неврозоподобные синдромы составляли 27%, астено-депрессивный 7% и астено-ипохондрический 4%, психопатоподобные синдромы - 19%, истероформный - 4%.

Таблица 3.10 - Основные статистические показатели выборки больных параноидной шизофренией

	Среднее значение ($\bar{X}$)	Минимальное значение (min)	Максимальное значение (max)	Стандартное отклонение (σ)	Коэффициент вариации ($K_v = \sigma/\bar{X}$)
1	2	3	4	5	6
Возраст					
По выборке	46	20	75	13	0,29
Мужчины	43	22	65	12	0,28
Женщины	48	20	75	13	0,26
Количество койко-дней					
По выборке	59	15	180	36	0,61
Мужчины	60	15	170	40	0,66
Женщины	58	19	190	35	0,61
Длительность заболевания (количество лет с момента первого обращения)					
По выборке	16	2	48	10	0,60
Мужчины	15	2	38	9	0,57
Женщины	17	2	48	8	0,51



Рисунок. 3.10 - Гендерные статистические характеристики возраста женщин (а) и мужчин (б) больных параноидной шизофренией

Большая часть больных (72%) были инвалидами в связи с психическими расстройствами, из них 32 мужчин и 40 женщин (таблица 3.11).

Таблица 3.11 - Количественные показатели инвалидности в выборке стационарных больных

	Количество больных	
	Всего (%)	в т.ч. инвалиды (% отн. ст. 2)
1	2	3
По выборке (N)	100 (100%)	72 (72%)
Мужчины (Nm)	44 (44%)	32 (73%)
Женщины (Nf)	56 (56%)	40 (71%)

В исследованной выборочной совокупности больных отмечается некоторое преобладание пациентов в возрасте от 43 до 53 лет (31 больной) (таблица 3.12).

Таблица 3.12 - Корреляционная матрица возраста больных и количества койко-дней в стационаре

		Возраст, годы					ИТОГО
		20-31	32-42	43-53	54-64	65-75	
Койко-дни	15-48	9	9	15	14	2	49
	49-81	3	10	11	4	6	34
	82-114	3	1	2	2	1	9
	115-147	1	2	3			6
	148-180		1			1	2
ИТОГО:		16	23	31	20	10	100

Количество больных



- [1-5]



- [6-10]



- [11-15]

При этом 33% больных проживали отдельно, 22 % – с матерью или отцом, 20% – имели семью, 15% проживали с детьми и 9% с ближайшими родственниками (рисунок 3.11). Из всей группы больных работали 12 человек, при этом трое не инвалидизировались и продолжали трудовую деятельность, работая по специальности.

У большинства больных заболевание дебютировало в молодом возрасте. Длительность течения шизофренического процесса в преобладающем большинстве случаев составляла от 2 до 20 лет (74 больных), а количество проведенных койко-дней в стационаре в год от 15 до 81 (83 больных) (рисунок 3.12).

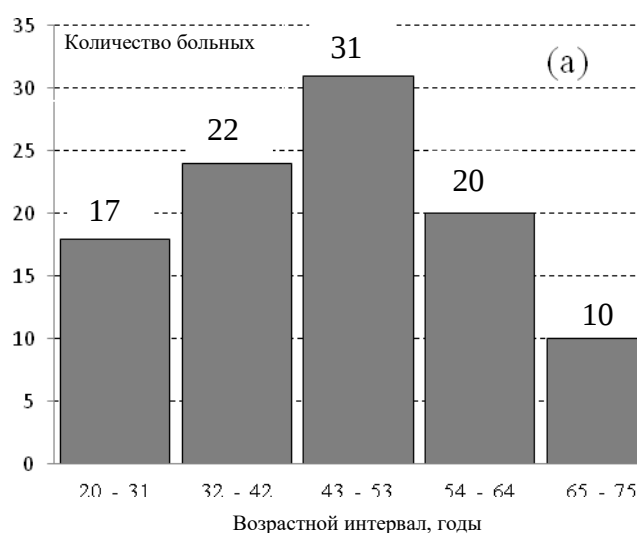


Рисунок 3.11 - Распределение больных по возрасту (а) и условиям проживания (б)

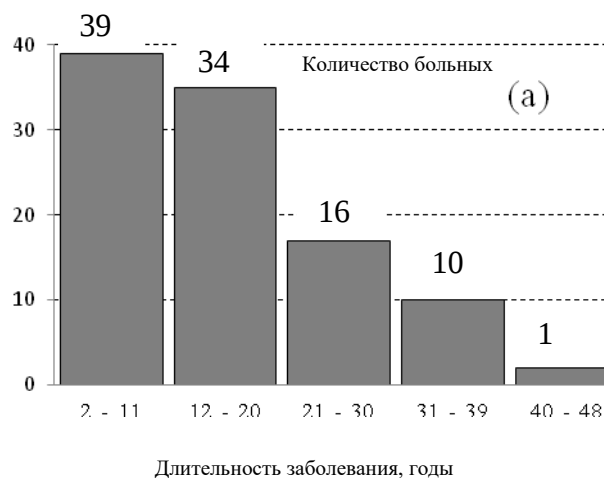


Рисунок 3.12 - Распределение больных по длительности заболевания (время с момента первого обращения) (а) и количеству койко-дней в стационаре (б)

Частота психотических приступов (в год) составила $2,21 \pm 0,04$ (1 раз в году – 32%; 1 раз в 2 года – 35%; 1 раз в 3 года – 18%; 1 раз в 4 года – 10%; 1 раз в 5 лет – 5%). Количество перенесенных психотических приступов за весь период заболевания равен $8 \pm 0,31$. Степень выраженности психопатологической симптоматики (Клиническая шкала Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) (количество случаев на 100 обследованных больных) составила: умеренная до сильной выраженности – 26 больных; умеренная выраженность – 49 больных; слабая выраженность – 25 больных. Степень выраженности депрессивных расстройств (шкала CDSS) составила $7,87 \pm 1,1$.

Выводы по главе 3

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлены соотношения между клиническими характеристиками ремиссий параноидной шизофрении и выявленными биологическими, психопатологическими и социально-психологическими факторами, определяющими уровень социального функционирования.

Произведена сравнительная прогностическая оценка факторов, влияющих на уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией и определено влияние негативных и продуктивных ремиссионных расстройств, а также особенностей течения заболевания на уровень социального функционирования.

В этой связи необходимо отметить, что наличие преморбидных расстройств приводило в дальнейшем к возникновению дезадаптации в сфере самообслуживания и межличностных коммуникациях (недостаточность социального функционирования в преморбиде и продроме болезни отмечалась у 65% больных).

Определяющими факторами для формирования приспособительных возможностей больных, потенциальной трудоспособности и взаимоотношений с окружающими в условиях полустационарного режима психиатрической помощи являлись уровень негативных и позитивных расстройств, отмечавшийся у

больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания.

При тяжелом непрерывном течении заболевания социальная дезадаптация связана с наличием следующих биологических и психопатологических факторов: ранний возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют следующие биологические и социально-психологические факторы: наследственная отягощенность; экзогении; соматическая патология; особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных в большей степени определялось психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности.

Анализ результатов по шкале PSP позволил сделать вывод, что практически во всех сферах функционирования больных наблюдаются признаки снижения, это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. При этом выраженность общей психопатологии и позитивных симптомов (шкала PANSS) значительно ухудшает социально-полезную деятельность и коммуникативные навыки.

Установленная в настоящем исследовании структура биопсихосоциальных факторов, влияющих на социальное функционирование больных параноидной шизофренией может использоваться при разработке и внедрении социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе, что ожидается уменьшит число регоспитализаций и снизит существующий уровень социального госпитализма.

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ МОТИВОВ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Больные шизофренией составляют преобладающее большинство в структуре госпитализаций в психиатрические стационары [35,147,148]. При этом основной сегмент добровольно госпитализированных больных составляют пациенты с бредовыми психозами. Общеизвестно, что ключевым критерием бреда является отсутствие критики, и, в этой связи добровольное обращение бредового больного за стационарной помощью не обусловлено желанием «вылечить бредовой синдром» [95]. Оно может быть сопряжено с множеством различных факторов, не имеющих отношения к бредовым переживаниям. Гипотетически, эти факторы могут быть неклиническими и, в этом случае, добровольная госпитализация бредового больного является клинически необоснованной. Априори, можно предположить, что среди исходного множества факторов определенный удельный вес занимают коморбидные шизофрении психические расстройства. Кроме того, диссоциативный характер фабулы бредовых переживаний и причин обращения за медицинской помощью не позволяет однозначно определить индивидуальную программу психиатрической помощи на уровне превентивных мер, стационарного и/или амбулаторного лечения, диспансерного наблюдения, а также медико-социальной реабилитации. Поэтому, возникает объективная необходимость анализа психопатологических и микросоциальных коррелятов добровольной госпитализации больных шизофренией с бредовыми психозами. В этой связи важной клинико-социальной и экономической задачей является максимально возможное сокращение сроков госпитализаций, а также поиск путей и альтернативных вариантов амбулаторного ведения таких больных. Цель данного этапа исследования заключалась в определении гендерных, психопатологических и микросоциальных коррелятов добровольного обращения больных параноидной шизофренией за стационарной психиатрической помощью и выявление релевантных случаев добровольной

госпитализации не обусловленных клиническими показаниями. Для определения психопатологических и социальных предикторов формирования мотивов добровольного обращения за стационарной психиатрической помощью у больных параноидной шизофренией проведен следующий этап исследования [88,123,143]. На основе исследования клинко-социальных детерминант самостоятельного обращения больных параноидной шизофренией за психиатрической помощью было выделено три базовые группы в зависимости от выявленных мотивов. В каждой группе был проведен анализ клинко-социальных и психопатологических факторов, имеющих как прямое, так и опосредованное отношение к принятию решения о стационарировании в психиатрический стационар (таблица 4.1).

Таблица 4.1 - Основные клинко-социальные показатели групп больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью (приведен расчет средних значений $\pm$ стандартные отклонения)

№ п/п	Клинко-социальные показатели	Группы больных		
		Параноидные мотивы (ПМ) (N _{ПМ} =35)	Небредовые психопатологические мотивы (НПМ) (N _{НПМ} =38)	Непсихопатоло- гические мотивы (НМ) (N _{НМ} =27)
1	Частота психотических приступов в год	3,1 $\pm$ 0,5	1,9 $\pm$ 0,3	1,2 $\pm$ 0,12
2	в т.ч. самостоятельных обращений за год	1,6 $\pm$ 0,2	1,3 $\pm$ 0,1	0,8 $\pm$ 0,06
3	Длительность госпитализаций (койко-дни) в год	115 $\pm$ 8	72 $\pm$ 9	38 $\pm$ 4
4	Длительность амбулаторного лечения, дней в году	86 $\pm$ 6	53 $\pm$ 4	42 $\pm$ 8
5	Длительность ремиссии, год	0,39 $\pm$ 0,07	0,62 $\pm$ 0,25	1,1 $\pm$ 0,3
6	Степень выраженности психопатологической симптоматики (шкала PANSS)	116 $\pm$ 8	95 $\pm$ 6	85 $\pm$ 4
7	Степень выраженности депрессивных расстройств (шкала CDSS)	6,1 $\pm$ 0,9	10,2 $\pm$ 1,4	7,3 $\pm$ 0,8
8	Оценка персонального и социального функционирования (шкала PSP)	34,0 $\pm$ 1,4	42,7 $\pm$ 1,8	54,5 $\pm$ 4,8

Группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением (35 % от всех исследованных больных основной группы);

Группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38 %);

Группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой (27 %).

Группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением)

Наиболее распространенным мотивом добровольного обращения за стационарной психиатрической помощью среди 18 больных 1-й группы была защита от переживаемого бредового воздействия, при этом ведущее место в клинической картине заболевания занимали явления вербального псевдогаллюциноза.

Содержание «голосов» в большинстве случаев было императивным, враждебным, неприятным и мучительным.

Фабула бредовых переживаний была связана с содержанием «голосов» и представляла собой вариант галлюцинаторного бреда, чаще всего преследования или воздействия. У 3 больных данной группы наблюдалась галлюцинаторная парафрения с бредом фантастического содержания (мессианский, богатства, высокого происхождения и др.). В этом случае госпитализация рассматривалась как вариант «убежища» от воздействия мнимых домогателей, «спасения души» и «нажитого богатства».

У 27 больных данной группы мотив госпитализации в виде защиты от преследования был сопряжен с одноименными бредовыми идеями, когда на фоне выраженных изменений личности и нарушений мышления возникали бредовые расстройства с ярко выраженным персекуторным характером.

У 5 больных данной группы наблюдалось присоединение сенесто-ипохондрической симптоматики. Выраженность телесных ощущений привела к

гиперболизации соматических ощущений и формированию ипохондрического бреда. Больные были уверены в наличии соматической патологии, требовали надлежащих обследований и выписки соматических препаратов. В этой связи бредовая ипохондрия явилась одним из основных мотивов обращения за медицинской помощью для лечения мнимых соматических заболеваний.

У 5 % пациентов 1-й группы любовная фабула занимала доминирующее или весьма значимое место в структуре бредовых переживаний. При этом эротический бред наблюдался в виде транзиторных эпизодов систематизированного бреда в продуктивной симптоматике больных и не приобретал устойчивого характера. В этой связи различные варианты вторичного бреда – галлюцинаторного, чувственного и аффективного предопределяли бредовое поведение и мотивацию больных при обращении за психиатрической помощью. На формирование фабулы галлюцинаторного эротического бреда непосредственное влияние оказывали различные псевдогаллюцинаторные расстройства (вербальные – похотливые, иногда угрожающие «голоса» эротического содержания; тактильные – псевдогаллюцинаторные манипулирования в области половых органов, мнимые «половые акты»; зрительные – «видение» объектов (предметов) эротического преследования или воздействия). Чувственный бред формировался как результат трактовки происходящего сексуального преследования со стороны окружающих, который зачастую содержал элементы инсценировки. Пациенты считали, что все подстроено и происходит в определенной последовательности, предрешено и неизбежно. Аффективный эротический бред был представлен мучительными, тягостными, насильственными депрессивными переживаниями из-за мнимого сексуального преследования или неприятного воздействия на половые органы и имел ярко выраженный персекуторный оттенок. Больные испытывали нежелательные сексуальные воздействие со стороны преследователей, слышали их принуждающие голоса, ощущали воздействие на половые органы при помощи аппаратов. Больные считали, что ретроспективно подвергались «изнасилованию» со стороны объекта эротического преследования. В большинстве случаев

наблюдалось «обезличивание» объекта преследования, либо он носил явно вымышленный характер. Больные чувствовали неопределенную слезку и пытались найти различные варианты убежища (изолированные женские отделения), в качестве которого рассматривалась психиатрическая клиника в которую неоднократно стационарировались.

Группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой)

У больных 2-й группы, несмотря на фактическое наличие бредовых расстройств, в основе мотивов добровольного обращения за стационарной психиатрической помощью лежала коморбидная психопатологическая симптоматика: депрессивные расстройства – 12 больных, в т.ч. суицидальные тенденции – 6 больных и психогенные нарушения, возникшие, как реакция на предшествующую госпитализации психотравму – 3 больных; сенестопсихондрические расстройства – 6 больных; психопатоподобный синдром – 5 больных.

Наиболее тяжелым вариантом в данной группе больных (12 человек) явилась субъективная оценка тяжести внутренней картины заболевания обусловленная присоединением депрессивного бреда (ипохондрический, нигилистический, отравления, греховности). Сниженное настроение сочеталось с тревожными опасениями за состояние своего здоровья, провоцируемыми телесными сенсациями страхами и различными соматовегетативными расстройствами. На фоне гипертрофированной оценки последствий воображаемой соматической патологии преходящие телесные сенсации воспринимались как признаки предстоящей «катастрофы», неблагоприятного разрешения ситуации, ожиданием «трагического конца», неизбежности наступающего краха и собственной беспомощности.

У троих пациентов явления девитализации сопровождалась безразличием и гнетущей безысходностью в отношении госпитализации и предстоящего лечения, проявлялась слезливость или даже некоторая депримированность, больные были

некомплаентны, заторможены, индифферентны «лечите, если хотите». На фоне психической гиперестезии возникали идеи малоценности, самообвинения и самоуничтожения. Ригидность депрессивных переживаний и установок у 6 больных была сопряжена с суицидальными тенденциями различной степени выраженности от нежелания жить, до продумывания способов ухода из жизни. Навязчивые мысли о самоубийстве сочетались с яркими образными представлениями и страхами потери контроля над собой и причинения себе и/или окружающим телесных повреждений. У 3-х больных данной группы аутоагрессивное (в т.ч. суицидальное) поведение в структуре бредового психоза обнаруживает взаимосвязь с воздействием триггерных факторов, в качестве которых выступали острые психотравмирующие воздействия (изнасилование и угроза жизни - психотравма чрезвычайной силы и утрата объекта любви как вариант эмоционального лишения). Депрессивные проявления дебютировали вслед за проявлениями аффективно-шоковых реакций (бесцельные метания, тревожные ожидания) и сопровождались глубоким отчаянием, страхами, нарушениями сна и аппетита. Кроме того, наблюдались отрывочные идеи преследования и отношения, содержащие элементы психогенной фабулы. При этом близкие родственники этих больных выступали в роли адьювантного стигматизирующего фактора, что являлось дополнительным стрессором в суицидальном поведении, обусловленном психогенными воздействиями.

Таким образом, основной мотив обращения за психиатрической помощью у данной группы больных заключался в желании избавиться от неприятного, тягостного, мучительного психического состояния, душевных страданий, мрачного пессимистического видения будущего и страхов близкой смерти.

В более легком варианте у одиннадцати больных данной группы мотивы добровольной госпитализации были обусловлены наличием сенесто-ипохондрической и психопатоподобной симптоматики. В этом случае аффективные расстройства перекрывались патохарактерологическими симптомокомплексами. На первый план выступали различные проявления дезадаптивного поведения в виде прогрессирующего надлома

социопрофессионального паттерна и психогенных «реакций отказа», как правило, в профессиональной и бытовой сфере, заключающиеся в потере инициативы и уклонением от деятельности под различными предлогами, манкированием своих служебных обязанностей. При этом события повседневной жизни претерпевали значительные изменения в призме болезненных переживаний. Наблюдалась фиксация на изменении психического, соматического и социального статуса, стремление уклониться от «жизненных невзгод», раздражительность, мрачность, озлобленность, ворчливость. На фоне некоторого эмоционального уплощения продуктивная психопатологическая симптоматика в этой группе больных приводила к определенному «дискомфорту» в обыденной жизни и не позволяла больным «нормально функционировать» в сообществе. Госпитализация рассматривалась как один из возможных вариантов возвращения прежнего «здорового» образа жизни, восполнение «запаса здоровья», исключения «препятствий» к выполнению повседневных «привычных» действий, желание «разобраться» в изменившейся окружающей обстановке и достижения определенного психологического состояния и социального статуса (семейные отношения, рабочие обязанности), стремлением избежать «провала и позора» перед окружающими. Кроме того, больные высказывали идеи никчемности, беспомощности и самообвинения по поводу причиняемых неудобств своим родственникам и медицинскому персоналу. Желание избавиться от ощущения «обузы» для людей, вынужденных временно ухаживать за больными явилось дополнительной «почвой» для формирования мотивов добровольной госпитализации.

Клиническая иллюстрация №1. Больная Л.Т.Г. (1956 г.р.)

Анамнез. Наследственность психопатологически отягощена. Отец в возрасте 40-45 лет жаловался постоянное покалывание и жжение по всему телу, беспокоили периодические головные боли и шум в голове, был уверен, что соседи сплетничают за его спиной и замышляют что-то недоброе. При этом за медицинской помощью никогда не обращался, а сложившиеся обстоятельства объяснял скопившейся за много лет усталостью и беспокойной напряженной обстановкой между односельчанами. Старший брат много лет страдал алкоголизмом.

Больная родилась в сельской местности третьим ребенком в семье. Родителей по характеру характеризует как исключительно положительных, мягких, добрых и душевных. Отец и мать с большой любовью и теплом относились к детям. Сведениями о течении беременности матери не располагает, однако знает, что сразу после рождения мать уронила ее в

санитарной комнате. Раннее развитие без особенностей. По характеру была бойкой, веселой, озорной, задиристой. Воспитывалась родителями, посещала детский сад, адаптировалась в коллективе сверстников достаточно хорошо, предпочитала играть в компании мальчиков. В 7 лет пошла в общеобразовательную школу, учеба давалась легко, учиться нравилось, с удовольствием занималась гуманитарными предметами. В общении со сверстниками и учителями трудностей не испытывала. В старших классах стала менее общительной, капризной, противоречивой, часто и без особых причин обижалась, по этой причине возникали постоянные ссоры с одноклассниками. Появился эпизодический шум в голове, сердцебиение с одышкой, несколько раз возникали приступы легкого удушья, проходившие самостоятельно. Возникли трудности в сосредоточении при выполнении домашних заданий, по этому поводу очень расстраивалась, казалось, что все обращают на это внимание и за спиной обсуждают и посмеиваются. Себя в этом возрасте характеризует как впечатлительную и ранимую, склонную к перепадам настроения, болезненную, при этом активной жизненной позиции никогда не проявляла, была податливой и уступчивой. После окончания 9 классов по настоянию отца поступила в техникум, где к учебе относилась безразлично, близких друзей не было. Получив специальность, работала продавцом.

Начало менструаций с 13 лет, половая жизнь с 20 лет, 2 беременности и 2 родов: сын (36 лет - злоупотребляет наркотическими веществами) и дочь (26 лет). Дочь заботится о матери, отношения хорошие. С сыном из-за пристрастия к наркотикам отношения формальные, общаются очень мало, иногда возникают конфликтные ситуации. Живет с мужем в двухкомнатной квартире, жилищные и материальные условия удовлетворительные.

Начало заболевания пациентка связывает со вторыми тяжелыми затяжными родами (1988 г). В послеродовом периоде появилось ощущение внутреннего напряжения, возникло чувство вины и тревожные опасения за жизнь и здоровье родившейся дочери, чувствовала немотивированный страх потери самоконтроля. В то же время впервые ощутила неестественное, непонятное, странное и неприятное ощущение «щекотки» за грудиной «как будто сердце начало чесаться», которое впоследствии распространилось еще на ноги. Ничего подобного и похожего на это состояние раньше не испытывала. Ощущения сопровождалось пониженным настроением, безразличием, чувством физического недомогания, слабости и быстрой утомляемости. Объяснить себе возникший симптомокомплекс не пыталась - «все это на нервной почве» и полностью доверилась врачу-гинекологу, который не предал этим ощущениям особого значения.

После выписки из роддома подобные эпизоды повторялись практически ежемесячно, стала считать, что ее «сглазила» родственница, которая, желала ей зла, забрасывала в дом пациентки мокрые тряпки, старые рваные вещи, подкладывала что-то под кровать. От взгляда родственницы больной становилось жутко, в голове все путалось, по телу пробегала дрожь. Это вызывало плохое настроение, вспыльчивость, раздражительность. Ощущения стали распространяться и их интенсивность спровоцировала потерю сна и аппетита, в связи с чем впервые обратилась в психиатрическую больницу по месту жительства. Проведенное лечение принесло облегчение. После госпитализации ввиду отсутствия неприятных ощущений терапию не принимала, работала продавцом, с работой справлялась. Дома жила с мужем и детьми, успешно занималась хозяйством. В конце 2012 года тяжело заболел и вскоре скончался отец. Смерть отца вызвала сильное эмоциональное потрясение, плакала, не спала ночами, не могла ничем заниматься, после чего появилось ощущение «щекотки» во внутренних органах, в желудочно-кишечном тракте «будто бы сводило желудок», появилось чувство замирания в животе, в желудке ощущала «муть», накатывали приступы тошноты. На этом фоне пропал аппетит, появились головные боли, стали путаться мысли, не могла длительно ни на чем сосредоточиться. Кроме того, в это же время больной стало казаться, что кто-то постоянно пытается прочесть ее мысли, вторгнуться в ее внутренний мир. Периодически возникали неприятные ощущения в голове в виде распирающих тупых болей, шума, жжения, «голова тяжелая, как в тумане». Появился женский голос, который стал «говорить дурные вещи», а именно убеждал, что она виновата во всем происходящем вокруг и ей не стоит жить. При

пробуждении раз в несколько дней возникал образ мужчины с маленьким мальчиком и со словами: «Быстрее, быстрее!» - тянул за руку. Возникло ощущение слезки, среди городского шума, разговоров в транспорте слышала неоднократные обращения в свой адрес. Временами непроизвольно возникали эпизоды, когда переставала понимать речь окружающих, казалось, что окружающие люди говорят на незнакомом языке. Состояние ухудшалось, локализация ощущений расширилась, «щекотка» распространилась «как будто черви ползают по всему телу». Наибольший дискомфорт эти ощущения вызывали утром, когда интенсивность их достигала максимума. В этой связи приходилось рано вставать и начинать двигаться, так как смена положения тела (сидя, стоя) несколько облегчала страдания. Ощущения сопровождалась постоянным чувством тревоги и немотивированного страха, наиболее ярко проявляющихся в утренние часы, к вечеру возникло некоторое облегчение. Больная стала замкнутой, раздражительной, злобной, ничего не могла делать, с некоторой степенью ироничности высказывалась о своем состоянии, стала задумываться о «бессмысленности и никчемности» своего существования «хочется разрыдаться», появились мысли о самоубийстве. Состояние было невыносимым. Обратилась ПНД к дежурному психиатру и направлена на госпитализацию ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева.

Психический статус. При беседе с врачом внимательно прислушивается к вопросам, беспокойна, ерзает на стуле, раскачивается, держится за живот, хватается руками за подмышки и говорит, что «щекотка доконала» (фразу в разговоре повторяет неоднократно). Движения временами беспорядочны и бесцельны. На вопрос о жалобах в настоящий момент с некоторой иронией и злобой говорит о том, что «если бы Вы это чувствовали, то тогда бы знали каково мне сейчас...». На вопросы отвечает односложно, короткими предложениями. Выражение лица страдальческое, взгляд беспомощный, беспокойный, блуждающий. Громким плачущим голосом просит ей помочь, говорит о том, что не может терпеть щекотку и муть в животе. Сообщает, что была бы рада, если бы щекотало на коже, «тогда можно было бы почесать», а так словно «червяки ползают внутри и ничего с этим поделать нельзя». Эпизодически надрывно начинает рыдать и говорит, что больше не может и не хочет так жить, постоянно разговор сводится к упоминаниям о «щекотке», с тоской в голосе говорит о сниженном настроении, отмечает наличие суточных колебаний и интенсивности телесных ощущений (значительно хуже утром). Свое самочувствие поясняет «оправдывая» наличие тоски словами «какое может быть настроение, если постоянно щекотка и муть в животе?» Предъявляет жалобы на неприятные тупые болезненные ощущения в голове, периодический шум и жжение. При пробуждении раз в несколько дней возникал образ мужчины с маленьким мальчиком и со словами: «Быстрее, быстрее!» - тянул за руку. Слышит женский «голос» внутри головы, который ругает и обвиняет в причастности к происходящим вокруг неприятным событиям, эпизодически возникают моменты, когда перестает понимать речь окружающих, кажется, что «говорят на незнакомом языке». С недоумением сообщает о наличии слезки «кому, зачем и для каких целей это нужно?». Среди городского шума и разговоров в транспорте слышит, как произносят ее имя. Наличие «щекотки» объясняет наличием психического заболевания «на нервной почве после родов» и тем, что ее «сглазила» родственница, которая желала ей зла. Неоднократно в разговоре просит ей помочь, избавить от «щекотки» и «замираний» в животе, которые «отдаются во все внутренности».

Экспериментально-психологическое исследование

В беседу с психологом вступает без видимых затруднений. На вопросы отвечает в плане заданного. Выражение лица страдальческое. В процессе беседы рыдает и предъявляет многочисленные жалобы, сообщает, что больше не может так жить, говорит о наличии болезненных ощущений в горле, груди, животе. О причине госпитализации сообщает, что появилась «невыносимая щекотка». Себя характеризует как упавшую духом, плаксивую, иногда неуравновешенную. Жалоб на умственную работоспособность не предъявляет. Инструкции усваивает без выраженных затруднений и четко придерживается их при выполнении заданий. В ситуацию исследования вовлечена в меру, несмотря на жалобы на плохое самочувствие, просит продолжать исследование. Темп деятельности средний. По

объективным данным объем кратковременной памяти в границах нормы для данной возрастной группы. При запоминании некоторых понятий пациентка демонстрирует смысловые смещения и отдаленные образы. В исследовании мыслительной деятельности на фоне суженного объема произвольного внимания обнаруживается искажение процессов обобщения, которое проявляется в выраженной склонности оперировать малозначимыми латентными критериями. Обращает на себя внимание нечеткость предметных дифференцировок. Пациентке доступно понимание смысла пословиц, однако, в некоторых ситуациях наблюдается неразделение условного и буквального смыслов, смысловая смещенность. Личностные особенности характеризуются эмоционально-неустойчивыми и демонстративными чертами, повышенной тревожностью. Указанные выше черты проявляются в потребности во внимании к своей личности, позиции жертвы, стремлении подчеркнуть собственные проблемы, в том числе связанные со сферой физического здоровья. Отмечаются также колебания аффективного фона от приподнятого, до сниженного. Актуальное состояние характеризуется депрессивными переживаниями, связанными со своими соматическими физическими ощущениями. Таким образом, в результате исследования выявлены следующие нарушения мышления: искажения процессов обобщения и смысловая смещенность. Обращает на себя внимание нечеткость предметных дифференцировок. Показатели интеллектуально-мнестической сферы в пределах возрастной нормы. Личностные особенности характеризуются эмоционально-неустойчивыми и демонстративными чертами, повышенной тревожностью. Актуальное состояние характеризуется депрессивными переживаниями, связанными со своими соматическими ощущениями.

Клинический разбор. Состояние больной определяется наличием бредовых идей воздействия, вербальными псевдогаллюцинациями, сенестопатическими расстройствами и тревожно-депрессивным аффектом.

Преморбидно – гистрионная личность (в структуре личности преобладали истерические черты, достигавшие психопатологического уровня (ранимость, впечатлительность, сердцебиение, приступы удушья, шум в голове). Больна с 1988 года, когда на фоне беременности развился затяжной (около трех лет) депрессивный приступ, в манифесте которого помимо апато-адинамической симптоматики (пониженное настроение, безразличие, чувство постоянного недомогания, слабости, утомляемости) наблюдались контрастные, в сочетании с выраженными образными представлениями, обсессии и фобии (опасение за жизнь и здоровье ребенка после сложных родов, страх потери самоконтроля) и многочисленные, стойкие сенестопатические расстройства. Возникла убежденность в наличии психического заболевания («на нервной почве» после трудных родов). В это же время впервые в клинической картине появился ассоциированный с телесными сенсациями систематизированный бред воздействия («сглазила» родственница). Больная относилась к своим ощущениям не только как к болезненным, но искусственно вызванным «сделанным» состояниям. Диссеминация и усиление интенсивности телесных ощущений с потерей сна и аппетита послужили поводом к госпитализации. После лечения в психиатрической клинике возникла стойкая многолетняя ремиссия.

Провокацией второго приступа заболевания послужила психотравма, приведшая к эмоциональному лишению (смерть отца). Наличие истерического преморбида привело к массивным аффективным нарушениям на фоне которых «реактивный фактор» послужил триггером к возникновению абдоминальных сенестопатий, локализующихся в области гастроинтестинального тракта (сводило желудок, замирание в животе). Сохраняющееся и во втором эпизоде тесное переплетение телесных сенсаций с определяющим психическое состояние депрессивным симптомокомплексом позволяет предположить наличие фазного течения сенестопатий. При этом явно визуализируется прямая зависимость между выраженностью и интенсивностью сенестопатий и аффективной (депрессивной) симптоматикой. Характерные проявления сенестопатий, проявившихся в структуре депрессии носили галлюцинаторный характер с внутренней проекцией тактильных ощущений («как будто черви ползают»). Обращает на себя внимание зависимость интенсивности телесных сенсаций

от физиологических циклов и определенных периодов суток (максимальная интенсивность утром).

На фоне тревожно-депрессивного аффекта и сенестопатической растерянности возникли идеаторные автоматизмы, угрожающие вербальные псевдогаллюцинации, одноименные иллюзии и персекуторный бред преследования и отношения. Кроме того, в состоянии больной необходимо отметить взаимное сочетание продуктивной симптоматики и атипичных нерезко выраженных пароксизмальных включений своеобразных функциональных расстройств в виде сенсорной афазии (непонимание речи) и расстройств сна (просоночные состояния, гипнопомпические галлюцинации).

Своеобразная психопатизация личности, обусловленная постоянной фиксацией на сенестопатических ощущениях на фоне истерических черт личности больной предопределила основной дисфорический акцент в структуре аффективных нарушений (раздражительность, злобность, ироничность). Депрессивный аффект, скорее всего, повлиял и на появившиеся в рамках второго эпизода болезни отчетливые суицидальные мысли. При этом несмотря на наличие мучительных и неотступных ощущений больная не утратила инстинкта самосохранения и обратилась за медицинской помощью с верой в возможное улучшение состояния.

Таким образом, обобщая основные результаты клинического исследования можно сделать выводы о мотивах добровольной госпитализации. В основе формирования мотива обращения за психиатрической помощью лежат выраженные аффективные нарушения и явления сенестопатоза на фоне психопатически акцентуированной личности.

Особенностью диагностики галлюцинаторно-бредовой симптоматики является тот факт, что она не служит определяющим фактором клинической картины заболевания, формирующим модели адаптационного поведения.

Диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, аффективно-бредовой синдром (F20.01).

Группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой)

Формирование мотивов добровольного обращения за стационарной психиатрической помощью у больных 3-й группы происходило не за счет основной бредовой фабулы, а диктовалось, прежде всего, «объективной» необходимостью ухода от различного рода конфликтов в «сложных» социально-бытовых и профессиональных сферах, возникающих на фоне продуктивной симптоматики и дефицитарных нарушений. Особенностью больных данной группы являлось наличие защитного бредового поведения в виде сформированной стойкой системы нелепых суждений ритуального характера в отношении предстоящей госпитализации, своего состояния и состояния близких родственников, которое может ухудшиться в случае отказа от лечения и невыполнении назначений врача.

Формирование мотивов добровольной госпитализации у больных 3-й группы происходило вне связи с психопатологией, а диктовалось социальными факторами, прежде всего, «объективной» необходимостью ухода от различного рода конфликтов в «сложных» социально-бытовых и профессиональных сферах.

Особенностью больных данной группы являлось наличие защитного и социоизбегающего поведения и стремления использовать предстоящую госпитализацию для «освобождения близких родственников от себя» (10 больных). В этой группе один из мотивов госпитализации были паралогичные идеи «самопожертвования» ради собственного спасения и/или спокойствия близких родственников, а также стремление оградить себя и окружающих от возможных проблем. У 2-х больных данной группы мотив обращения за помощью был сопряжен с получением жизненно необходимой информации от врачебного персонала по поводу своего состояния или возникающих проблем в социуме. Больные всячески стремились быть под наблюдением врача, возлагали большие надежды на лечение и выздоровление, были оптимистично настроены, настаивали на дополнительных методах обследования. При этом наблюдалась некоторая сбивчивость мыслей, непоследовательность действий, изменчивость и отвлекаемость внимания. Тем не менее, эти контакты способствовали снижению уровня неуверенности в себе, тревожных переживаний и страхов на фоне относительно нейтрального отношения к продуктивной симптоматике.

У 3-х больных данной группы наблюдалась относительно стабильная социальная адаптация в сфере межличностных, семейных и профессиональных отношений. Все они работали, двое состояли в браке, поддерживали социальные связи с друзьями и ближайшими родственниками. При этом больные не справлялись с поручениями на работе, стремились избежать нагрузок, создавали для себя щадящий предохранительный режим, перекладывали ответственность, сокращая до минимума объемы повседневных обязанностей. В этой связи мотивы госпитализации были обусловлены желанием уйти от реальности, отдохнуть, избежать «крайностей», а доминирующим фактором формирования мотива госпитализации выступала социальная несостоятельность на фоне дефицитарных

изменений личности. Провокационными факторами являлись сложные внутрисемейные отношения, и стрессовые ситуации на работе, зачастую обусловленные гиперопекой со стороны ближайших родственников. Кроме того, возникающие на фоне продуктивной симптоматики когнитивные нарушения являлись предикторами совокупности проблем в социальной сфере, профессиональной деятельности и межличностных отношениях.

Клиническая иллюстрация №2. Больная Ф.Л.Г. (1971г.р.).

Анамнез. Психические заболевания по линии ближайших родственников отрицает. Мать - инженер, по характеру энергичная, деятельная, бывает вспыльчивой, но быстро отходит, достаточно общительная, умеет строить отношения с людьми, проживает отдельно от больной. Отец по профессии художник. Известно, что был спокойным, уравновешенным. Родители расстались, когда мать была беременной. Судьбой дочери не интересовался. Со стороны отца наследственность психопатологически не отягощена.

Беременность у матери протекала с токсикозом во втором и третьем триместре, сопровождалась сильными и частыми приступами рвоты, повышением артериального давления, головокружением и головными болями. Роды состоялись на две недели позже установленного срока.

В связи с тем, что мать училась на первом курсе института, после рождения девочка находилась в доме ребенка. Мать навещала девочку раз в несколько недель. В детстве перенесла грипп, краснуху, болезнь Боткина.

Пациентка в школу пошла в 7,5 лет, тяжело приспосабливалась к новому коллективу. Ввиду того, что в раннем развитии отставала от сверстников, была определена во вспомогательную школу (интернат), но даже и там училась средне, с трудом переходила из класса в класс, на второй год обучения не оставалась. Особых увлечений не было, читала мало, свободное время проводила с подругами, по характеру формировалась тревожной, обидчивой. После окончания вспомогательной школы поступила в швейное училище и, получив специальность швеи, стала работать на швейной фабрике. Со своими обязанностями справлялась, трудовую дисциплину соблюдала, конфликтов не было, однако особого интереса к работе не проявляла.

Месячные с 13 лет, установились не сразу. В период менструаций отмечалась физическая слабость и повышенная раздражительность. В это время становилась малообщительной, замкнутой, своими переживаниями ни с кем не делилась.

В 21 год вышла замуж, от брака имеет сына. Муж окончил педагогический институт, работал по специальности. Отношения с ним складывались хорошо в течение пяти лет, пока больная не работала и растила сына.

Спустя 5 лет (1997 г.) устроилась работать горничной в гостиницу. Со своими обязанностями справлялась с трудом, все делала очень медленно, нерасторопно, а сотрудники посмеивались над ней, обращали пристальное внимание на ее действия и говорили, будто бы она все делает не так. В этот период муж и свекровь стали замечать странности («сама не своя») в поведении и разговорах больной. Пациентка перестала справляться со своими домашними обязанностями, запустила хозяйство, стала равнодушной к семье. С этого времени начались кратковременные перепады настроения, стала быстро уставать, возникало чувство внутреннего напряжения, отмечалась обидчивость, ранимость, плаксивость и раздражительность. Временами возникали приступы сердцебиения и неприятные ощущения в животе. К врачам не обращалась, так как считала, что это реакция на работу после длительного отсутствия трудовой деятельности.

С мужем возникали неоднократные ссоры в основном на бытовой почве. Больная была крайне раздражительна, вспыльчива и конфликтна. После одной из таких ссор пациентка сорвалась и «загуляла, запила», настроение было подавленным. Стала выпивать на работе и вступать в интимные отношения с малознакомыми мужчинами не испытывая при этом влечения. Делала это только по тому, что многие сотрудницы имели состоятельных любовников и она не хотела отличаться от других. Одновременно с этим стала думать, что муж догадывается о ее интимных связях, либо ему рассказывают сотрудницы гостиницы. Чувствовала себя виноватой, снизилось настроение, была подавленной, апатичной. В марте 1998 года по настоянию мужа уволилась с работы. В конце мая ушла из дома и несколько дней скиталась по Москве, при этом не могла объяснить родственникам для чего она это сделала. Летом этого же года была задержана милицией в районе аэропорта Шереметьево и доставлена домой машиной скорой помощи. Вид был неряшливый, грязный, отрешенный. У больной возникли ощущения, что она стала другой и из-за нее происходят чудовищные события в стране «расстрелы», «бродят маньяки». Хотела «уничтожить» себя, сжечь, чтобы избавить человечество от «ужасов своего пребывания». На следующий день мать обратилась в ПНД и больная была госпитализирована в ПБ (1998 год – 1-я госпитализация). При поступлении сведения о себе сообщала отрывисто, испытывала затруднения в описании своих ощущений и жалоб. Настроение было сниженным, так как по-прежнему считала, что от нее зависит судьба человечества. Критика к состоянию оставалась формальной. Согласилась на госпитализацию, потому, что осознавала, что с ней происходит что-то не так и может быть это болезнь. К беседе с врачом относилась без всякого интереса, была подавленной, монотонной, однообразной.

После выписки чувствовала себя хорошо, принимала трифтазин и циклодол, нигде не работала, занималась домашним хозяйством, воспитывала сына. С 1999 года перестала принимать лекарства, так как чувствовала себя совершенно здоровой. В 2000 году работала кладовщиком в музее им. А.С. Пушкина. Работа нравилась, увлеклась живописью, собирала описания и иллюстрации картин. В 2001 году забеременела, долгое время лежала в гинекологическом отделении, однако, сохранить беременность не удалось, на поздних сроках произошел самопроизвольный аборт. Сильно переживала случившееся, не находя должной поддержки со стороны матери и мужа, была подавленной, ничего не радовало и не интересовало. Возникло ощущение одиночества, внутренней пустоты, непоправимой утраты и вины за то, что не все сделала для сохранения ребенка. Такое состояние продолжалось несколько месяцев. На работу не вернулась, так как место было занято.

В 2002 году устроилась работать в музей Н.К. Рериха продавцом. С этого времени стала обращать внимание на то, что одна из сотрудниц музея «до боли напоминает старую знакомую», хотя та всячески отрицала какие-либо контакты в прошлом. Все это было удивительно и вызывало некоторые подозрения. Кроме того, отмечала у себя особенную способность, заключающуюся в том, что стоило ей что-либо представить, как это рано или поздно происходило. После нескольких месяцев работы была вынуждена уволиться, так как длительно лечилась в гинекологическом отделении по поводу маточного кровотечения. Проживала в трехкомнатной квартире с мужем. В этом же году муж ушел к другой женщине, объяснив свой уход тем, что там необходимо его присутствие и помощь. Остро восприняла создавшуюся ситуацию, будущее «перестало существовать», возникли тревожные опасения за судьбу сына и свое положение, чувствовала себя одинокой и незащищенной. После этих событий ребенок жил у бабушки. Пустующие комнаты были сданы квартирантам. В это же время стала ощущать, что кто-то ворует у нее мысли. Из-за этого воровства в голове возникали «провалы» и «путаница» от которых «разрывалась» голова. Возникли ощущения подмены мыслей, чувств и мировоззрения, «заложенного в детстве матерью». Все это происходило на «подсознательном» уровне и она не знала, кто это все делает и для чего, занималась самоанализом, пытаясь найти в своем прошлом и настоящем «изъяны» послужившие причиной такого состояния. Были догадки, что все это исходило от тех людей, которые проживали с ней в квартире, при этом стоило о чем-то

подумать, мысли сразу становились известными всем окружающим. Возникло подозрение, что это делают представители сатанинских сил, возможно даже и не люди. Один из квартирантов странно себя вел, пациентка считала, что это врач-психиатр, который специально приставлен к больной и, вероятно, зная о ее психическом заболевании, должен добиться ее госпитализации в психиатрическую больницу. Все это делалось, чтобы избавиться от больной и завладеть ее квартирой. Не найдя ответа на эти вопросы и испытывая трудности в интерпретации происходящих событий по настоянию матери обратилась в ПНД и была госпитализирована (2003 год - 2-я госпитализация, 04.07.03 оформлена инвалидность II группы по психическому заболеванию).

После выписки ПНД посещала эпизодически, лекарства принимала нерегулярно. Весной 2010 года ушла из дома и переехала к сожителю. Настроение было повышенным, была напряжена, озлоблена, агрессивна. Возвращаясь временами домой, писала на дверях квартиры оскорбительные ругательства и угрозы в адрес мужа, открывала водопроводный кран и включала газ, при этом, не зажигая огня. По настоянию мужа была госпитализирована (2010 год – 3-я госпитализация). После выписки из ПБ посещала ПНД, принимала карбамазепин, циклодол, аминазин, галоперидол. Уехала на дачу, занималась огородом и домашним хозяйством, при этом быстро уставала, подолгу залеживалась в постели, не было сил подняться. Настроение было сниженным «ни то, ни се», жалобы на «душевную» слабость и тоску, которую больная объясняла семейными неурядицами (муж встречался с другой женщиной и не хотел поддерживать с ней отношения, а сын «болтался между бабушкой и друзьями» и не хотел помогать и общаться). На даче познакомилась с компанией, неоднократно алкоголизировалась, пила коктейли, пиво. Похмелья не было, однако часто становилась раздражительной, пререкалась, огрызалась, конфликтовала. В конце концов, дело дошло до драки, в которой получила множественные ушибы лица и грудной клетки. Сама обратилась в ПНД с просьбой о госпитализации (4-я госпитализация 2010 год).

После выписки из ПБ лекарств не принимала, ПНД не посещала, чувствовала себя здоровой, проживала с сожителем, отношения были натянутые, временами конфликтные, периодически алкоголизировались. Состояние ухудшилось, стала слышать незнакомые голоса мужчин и женщин неприятного, иногда угрожающего характера. Ушла от сожителя, жила одна в квартире. С суицидальной целью выпила 10 таблеток карбамазепина и рассказала об этом свекрови, неоднократно повторяя, что жить так больше невозможно, «они меня достали». Доставлена в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, а затем переведена в ПБ (5-я госпитализация 2011 год).

После выписки поддерживающую терапию принимала нерегулярно. Проживала одна, иногда навещали родственники. Любила ходить на площадь Казанского вокзала, порой проводила там целый день, спускала пенсионные деньги, заводила случайные знакомства, выпивала. Однажды, не обнаружив своего паспорта, испугалась, была уверена, что паспорт похитили бандиты, которые следили за ней и теперь могут отнять у нее квартиру. Усилилась тревога, возникли страхи потерять жилье и оказаться на улице, улавливала взгляды и слежку со стороны незнакомых людей. Считала, что сюжеты из сериалов, показываемых по телевизору, взяты из ее жизни в наказание за то, что она изменяла мужу и вся страна может видеть, как она жила. Голоса с телеэкрана комментировали ее действия, обращались к ней, перестала спать ночами, не могла найти себе место, испытывала подавленность, сама обратилась в ПНД, а затем дала согласие на госпитализацию (2012 год - 6-я госпитализация).

Последние два года проживала с гражданским мужем, посещала ПНД, нарастало недовольство бездельем и полным безучастием сожителя, стала раздражительной, ворчливой, временами агрессивной (била посуду, кидала вещи), дерзила, оскорбляла, постоянно возникали ссоры, в основном на бытовой основе. Накануне госпитализации стала тревожной, беспокойной, подавленной, испытывала чувство неопределенности и гнетущей безысходности относительно своего настоящего состояния, а перспективы будущей жизни с

сожителем представлялись весьма эфемерными. Стала слышать голоса, которые заставляли повторять определенные слова, приказывали выйти из комнаты и сидеть на кухне, комментировали происходящие события, появилась бессонница, не могла найти себе места, перестала следить за собой. Голосам не повиновалась, приказы не выполняла, иногда позволяла символические уступки в виде выполнения безобидных и безвредных действий. Довольно часто слышала среди чужих голосов слова, принадлежащие ее сыну, который, успокаивал, комментировал жизненные ситуации и давал советы. Не найдя выхода из сложившейся ситуации, перспектив ее разрешения в ближайшем будущем, а также способов воздействия на сожителя, решила обратиться в ПНД, с целью дальнейшего стационарирования, где основные жалобы были сформулированы в виде усиления голосов и наличия тревожной симптоматики.

Психический статус. При поступлении больная опрятна, насторожена, подозрительна. С опаской отнеслась к предложению побеседовать с врачом, взгляд растерянный. Сведения о себе сообщает отрывисто, испытывает явные затруднения в описании своих ощущений. К беседе отнеслась без всякого интереса «вы уже все знаете, все же записано, зачем разговаривать?». Подавлена, монотонна, настроение снижено, наблюдается нетерпимость и усталость от своего состояния. Во время разговора постоянно меняет положение тела, теребит пальцы рук. Говорит о том, что чувствует свою «бесполезность» и гнетущую неопределенность, а в больнице надеется набраться сил и во всем разобраться, да и «в больнице чувствует себя спокойнее», а также возникает ощущение «облегчения в голове». Речь тихая, неторопливая, отвечает на вопросы в плане заданного, но часто после длительной паузы, к чему-то прислушивается, озирается, при этом то хмурится, то многозначительно улыбается, говорит, что ответы необходимо обдумывать. В разговоре часто замолкает и односложно отвечает «да» или «нет». Постепенно в ходе беседы оживляется, начинает проявлять некоторую активность и заинтересованность. Ориентирована в полном объеме (месте, времени, собственной личности). Жалуется на тревогу, страхи, ощущение, что за ней следят какие-то неизвестные «бандиты», которые несколько месяцев назад украли паспорт и теперь стремятся завладеть квартирой. Фиксирована на домашней ситуации. Неоднократно возвращается к разговору о том, что муж вместе с одной женщиной (любовницей) пытаются изжить ее и для этого подселяли в соседнюю комнату, предназначенную для сдачи внаем, врача-психиатра, который каким-то образом узнавал мысли больной и отнимал жизненную энергию. Замечает, что ее собственные мысли замещаются на другие, а многие ее фантазии реализуются в реальной жизни. Считает, что многие происходящие вокруг события имеют к ней непосредственное отношение и от ее действий зависят многие судьбы. На вопросы по поводу наличия голосов отвечает уклончиво, практически сразу начинает отрицать их наличие и заявляет, что все это она придумала, при этом чему-то многозначительно улыбается, временами раздражается, отказывается говорить на эту тему. После настойчивого прицельного опроса удается узнать, что слышит голос сына, который дает советы, объясняет, как жить дальше, поддерживает и успокаивает. Жалуется на тревогу, обусловленную неразрешенностью жизненных и жилищных проблем. Больная не может определиться с кем ей будет лучше жить с сожителем или с мужем. Говорит о том, что только в больнице у нее будет возможность успокоиться, все взвесить, принять единственно правильное решение и построить планы на ближайшее будущее. Высказывает планы воздействия на гражданского мужа путем отнятия у него своей пенсии на время госпитализации. С сарказмом заявляет о том, что у наконец-то у сожителя появится реальная возможность оценить, насколько сложно ему будет жить без средств к существованию, пока она находится в больнице. Соглашается на лечение, так как считает, что в последнее время все же с ней происходит «что-то не так» и может быть это болезнь, надеется на помощь, при этом не может объяснить, что непосредственно ее беспокоит и чего в состоянии здоровья ей не хватает.

Экспериментально-психологическое исследование. От исследования больная не уклоняется, однако интереса не проявила. Особого интереса не вызвали и результаты общения с психологом, при этом больная отметила, что у психолога ей понравилось, главным образом потому, что можно отвлечься от ненужных мыслей и успокоиться. Исследование было крайне непродуктивным. Задания выполнялись неохотно и очень медленно.

Объективно необходимо отметить, что внимание плохо концентрируется, сужен его объем, имеет место быстрая истощаемость и тугоподвижность психики. На первый план выступают нарушения мышления в виде его ригидности, аморфности, расплывчатости, снижения целенаправленности, нечеткости предметных формулировок, соскальзываний, актуализации слабых латентных признаков объектов, вычурности, резонерства. Личностные особенности: своеобразие; формальность; амбивалентность; ослабленность аффективного резонанса; снижение энергетического потенциала; снижение критического отношения к себе и различным явлениям окружающей обстановки. При исследовании личности выявляется замкнутость, заторможенность, отмечается стойкий пониженный фон настроения у малодифференцированной личности, ощущающей некоторое изменение собственного «я», с ограничением социальных контактов и снижением формальной критики к происходящему.

Клинический разбор. Статус больной определяется галлюцинаторно-параноидной симптоматикой с клинически завершенным синдромом Кандинского-Клерамбо. Имеют место как интерпретативные бредовые расстройства, так и элементы чувственного бреда, а также комментирующие псевдогаллюцинации. По приведенным анамнестическим сведениям можно заключить, что это давний психопатологический процесс в рамках параноидной шизофрении. На сегодняшний момент болезненные переживания не имеют выраженной аффективной окраски и не сопровождаются растерянностью и страхом.

Заболевание манифестировало 17 лет назад (на момент начала заболевания больной исполнилось 28 лет.). В дебюте заболевания проявился синдром импульсивных влечений и действий. На фоне выраженной эмоциональной лабильности, аффективных расстройств и незначительных вегетативных реакций наблюдались импульсивные поступки в виде дипсомании и нимфомании, сопровождавшиеся идеями самообвинениями и самоуничтожения. Выделение параноического этапа по анамнестическим сведениям ввиду давности начала заболевания затруднительно (отрывочные воспоминания о сверхценном отношении со стороны сотрудников при первом трудоустройстве). Последующая дромомания проявилась в купе с ощущением острого "замешательства" и явлениями деперсонализации. Вышеуказанная симптоматика скорее всего имела место до этапа бредообразования, который начался по типу острого чувственного бреда самообвинения с фантастическими включениями и суицидальным поведением в виде антивитаальных переживаний, не достигающих до уровня суицидальных намерений. Острое бредовое состояние не сопровождалось выраженным аффектом, а изменения настроения провоцировались бредовыми идеями самообвинения. После лечения состояние ремиссии продолжалось в течение двух лет. Следующие проявления заболевания индуцировались острой психотравмирующей ситуацией (самопроизвольный выкидыш на поздних сроках беременности (2001г.)). На фоне аффективно-шоковой реакции, развилась психогенная депрессия, продолжавшаяся в течение нескольких месяцев. Дезактуализация психотравмирующей ситуации привела к нивелированию депрессивной симптоматики и восстановлению социального статуса (больная устроилась на работу). В состоянии ремиссии отмечались эпизодические проявления синдрома гиперидентификации (синдром Фреголи) и феномена воплощения (подумал - произошло).

Вторая психотравма ((2002г.) - увольнение с работы и уход мужа к другой женщине) явилась триггерной точкой в развитии следующей фазы бредового психоза. Ввиду отсутствия эмоциональной поддержки и утраты доверительной связи с мужем, после перенесенной психотравмы имела место тревожная симптоматика, сопровождавшаяся

чувством неуверенности, незащитности, одиночества, переживанием воображаемой опасности в будущем, которые явились предикторами подозрительности и галлюцинаторно-бредовой симптоматики в структуре развивающегося психоза, манифестировавшего широким спектром идеаторных автоматизмов («отнятие мыслей», шперрунги, «сделанные мысли», симптом «открытости мыслей»). Бредовая симптоматика была представлена несистематизированным бредом преследования и воздействия. (2-я госпитализация, оформлена инвалидность II группы по психическому заболеванию).

Следующий приступ в клинической картине болезни произошел через 7 лет и представлял собой аффективно-бредовой психоз. На фоне ярко выраженного дисфорического аффекта наблюдалась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, в связи с чем больная была госпитализирована в 3-й раз (2010 год).

В состоянии ремиссии больная лекарства принимала нерегулярно и ПНД посещала эпизодически. После выхода из психоза на гипотимном фоне больная длительно алкоголизировалась. Продуктивная симптоматика возникла через несколько месяцев после выписки и была представлена угрожающими и императивными псевдогаллюцинациями. С суицидальными намерениями пыталась отравиться, объясняя это тем, что ее «достали» (госпитализация в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с последующим переводом в ПБ 2011 год.). При этом бредовых идей самообвинения больная не высказывала.

Очередное ухудшение обусловлено нерегулярным приемом лекарств. На фоне тревожно-депрессивного аффекта возникли несистематизированные идеи преследования. Во время кульминации острого состояния идеи обвинения (самообвинения) носили фантастический характер («вся страна видит по телевизору как она жила»). Эти идеи содержались в рамках вербальных псевдогаллюцинаторных расстройств комментирующего характера.

Последняя ремиссия перед текущей госпитализацией продолжалась около двух лет, в течении которых сохранялся стойкий дисфорический фон настроения. Несистематический прием лекарств привел к возобновлению продуктивной симптоматики в виде императивных и комментирующих псевдогаллюцинаций. Острое состояние не сопровождалось выраженностью аффекта и на первый план выступала подозрительность, усталость от своего состояния и нетерпимость к окружающим. Больная самостоятельно обратилась за помощью.

Таким образом, обобщая основные результаты клинического исследования можно сделать выводы о мотивах добровольной госпитализации.

Больная вполне адаптирована к бредовому психозу (количество госпитализаций и их частота не уменьшаются). Удельный вес в психическом статусе иллюзорно-бредового восприятия действительности не велик. На первый план выступают, апато-абулические и тревожные расстройства, подозрительность, напряженность.

У больной есть сын, который в настоящее время проживает отдельно и больная очень скучает, тяготится отсутствием общения, а в фабуле комментирующих галлюцинаций присутствует его голос. Еще до развода с мужем познакомилась с мужчиной от которого в данный момент является зависимой в моральном и материальном аспекте (проживает в его квартире) и большинство бредовых идей, в том числе преследования и воздействия, имеют резидуальный оттенок и «малый размах», концентрируются на вопросах жилья (так как «муж может выписать из принадлежащей ему квартиры», «квартиру могут отнять бандиты») и материального положения. Кроме того, из псевдогаллюцинаторной симптоматики: слышит голос сына, мысленно общается с ним, говорит об этом с неохотой, так как понимает, что если говорить врачам о голосах, то лекарства этот голос могут убрать, а больной этого не нужно (псевдогаллюцинации имеют положительную «заряженность» и нет объективного желания от них избавиться).

Сожитель нигде не работает, живет за счет пенсии больной, а основная причина госпитализации носит социальный характер и заключается в наличии неразрешенного семейного конфликта и сопряженных с ним тревожных расстройств, а также поиске

опосредованных способов влияния на ситуацию (оставить без средств к существованию (пенсии) своего гражданского мужа и заставить его задуматься о работе). Из негативной симптоматики в отношении формирования мотива к госпитализации необходимо выделить снижение энергетического потенциала, усталость от своего состояния и выраженную амбивалентность (неразрешенный вопрос: гражданский или бывший муж - с кем жить дальше?) и возникающие на этом фоне тревожные расстройства.

Диагноз: Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения, галлюцинаторно-бредовой синдром (F20.01)

Таким образом, в ходе проведенного исследования обозначены базовые характерологические предпосылки формирования мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией (таблица 4.2).

Для определения модуса мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией необходимо провести комплексный симультантный анализ совокупности клинических и социальных детерминант, обуславливающих добровольное обращение за психиатрической помощью в форме стационарирования. Проведенные исследования позволили выделить в данных группах четкие соответствия клинических проявлений болезни и уровня социальной адаптации у 68% больных. Кроме того, было установлено, что у 32% больных клинические проявления параноидной шизофрении не соответствуют уровню их социальной адаптации. Эти проявления определялись нарушением мотивации, выступающей в роли «мотивационного дефекта» в структуре негативных расстройств (апатия, абulia, «снижение энергетического потенциала»), а также нарушением целенаправленной (побудительной) деятельности и смыслообразующих функций, приводящих, с одной стороны, к снижению активности (инициативности), вялости, апатии, а с другой, к появлению нелепых, амбитендентных, причудливых адаптационных мотивов. В такой постановке мотивационная деятельность больных, трансформированная в результате имеющейся патологии, сохраняет определенную иерархическую структуру, но в достаточно измененном виде. Кроме того, наличие бредовых расстройств приводит к стойкому закреплению адаптационных понятийных мотивов (в том числе и социальных) и неспособности их переключения в зависимости от различных жизненных ситуаций.

Таблица 4.2 - Анализ фабулы основных групп мотивов больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Основные фабулы групп мотивов больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за стационарной психиатрической помощью	Параноидные мотивы (группа 1)	Небредовые психопатологические мотивы (группа 2)	Непсихопатологические мотивы (группа 3)
Параноидные мотивы			
Защита от воздействия (преследования), угроз	28 (44%)	4 (36%)	6 (60%)
Избавление от неприятных и тягостных соматических ощущений (в том числе сенестопатические автоматизмы в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо)	21 (33%)	5 (46%)	2 (20%)
Защита от воздействия (лечение мнимых заболеваний в структуре ипохондрических идей)	14 (23%)	2 (18%)	2 (20%)
Количество наблюдаемых случаев наличия параноидных мотивов у больных различных групп	63	11	10
Небредовые психопатологические мотивы			
Избавление от страданий	6 (40%)	15 (36%)	4 (33%)
Возвращение прежнего «здорового» образа жизни (нормального и/или комфортного функционирования), желание «разобраться» в ситуации, исключение препятствий к выполнению повседневных привычных действий.	7 (47%)	16 (38%)	3 (25%)
Госпитализация (лечение) как вариант достижения определенного физического и/или психологического и определенного социального статуса (состояния)	2 (13%)	11 (26%)	5 (42%)
Количество наблюдаемых случаев наличия небредовых психопатологических мотивов у больных различных групп	15	42	12
Непсихопатологические мотивы			
«Самопожертвование» ради спасения и/или спокойствия родных, стремление оградить родственников от неприятностей и/или проблем	3 (38%)	5 (31%)	12 (33%)
Уход от реальности (реальной ситуации), стремление избежать «крайностей», возможность отдохнуть (в условиях стресса и/или конфликта (родственники, работа)	2 (25%)	7 (24%)	15 (42%)
Получение информации (совета, рекомендаций) от медицинского персонала и/или ближайшего окружения по поводу жизненной ситуации и возникающих проблем	3 (38%)	4 (25%)	9 (25%)
Количество наблюдаемых случаев наличия непсихопатологических мотивов у больных различных групп	8	16	36

При этом выраженное снижение социального статуса в первые несколько лет после начала заболевания (потеря работы, сужение круга общения, конфликтные ситуации) сочеталось с высоким уровнем субъективной удовлетворенности в сфере социального функционирования, что препятствовало формированию мотивации больных на преодоление существовавших трудностей. Указанные аспекты определяют объективную необходимость проведения клинико-психопатологического и социо-психологического исследований, ориентированных на изучение ценностно-потребностных функций больных параноидной шизофренией. Данная постановка задачи позволит определить взаимосвязи алогичных фактов адаптационных способностей больных шизофренией с особенностями формирования социального статуса и мотивационного профиля госпитализации. Оценка соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP позволила сформировать психосоциальный статус больных параноидной шизофренией и выделить на основании этого 4 группы социальной адаптации: **полное корреспондирование клинической и социальной адаптации - компенсированная группа** больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) (15%); **декомпенсированная группа** больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) (53%); **неадекватность клинических проявлений уровню социальной адаптации - адаптированная группа** больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования могли быть связаны с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями)) (20%); **конфликтная группа** (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация (12%). Выбор граничных значений баллов по шкале PANSS обусловлен «неудовлетворительной» клинической оценкой состояния больного при условии наличия суммарного балла больше 123 (см. таблицу 2.4), а $1 \leq PSP \leq 70$ соответствует уровню от «сильно выраженных» до «заметных» нарушений в сфере персонального и социального функционирования (рисунок 4.1).

компенсированная группа 93 ≤ PANSS < 123 (удовлетворительное) 71 ≤ PSP ≤ 100 (норм. - небольшие затр.)	декомпенсированная группа PANSS ≥ 123 (неудовлетворительное) 1 ≤ PSP ≤ 70 (сильно выраж. – заметные)
адаптированная группа PANSS ≥ 123 (неудовлетворительное) 71 ≤ PSP ≤ 100 (норм. - небольшие затр.)	конфликтная группа 93 ≤ PANSS < 123 (удовлетворительное) 1 ≤ PSP ≤ 70 (сильно выраж. – заметные)

Рисунок 4.1 - Оценка соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP для различных групп социальной адаптации

У больных адаптированной группы несоответствие клинических расстройств уровню социального функционирования обусловлено наличием взаимосвязи ригидного (негибкого) паттерна социальной адаптации (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования) с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, обеспечивающими их «положительную» фиксацию. У больных конфликтной группы, несмотря на низкий уровень клинических проявлений, наблюдалась выраженная социальная декомпенсация, обусловленная видимым снижением целенаправленной деятельности, игнорированием процесса продуктивного целеполагания, наличием слабого (инертного) уровня мотивационной активности, снижением побуждений, апатией при наличии потенциальных внутренних резервов личности. Предложенная классификация психосоциального статуса (групп социальной адаптации) больных параноидной шизофренией и базовых групп мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью (таблица 4.3) может стать основой для проспективного исследования эффективности психосоциальных и медико-реабилитационных методов курации этих пациентов.

На следующем этапе исследования были выявлены риски воздействия социальных факторов на формирование мотивов добровольного обращения за психиатрической помощью. В рамках данной постановки была произведена оценка адекватности применения метода парных сравнений (конкордантных и дискордантных пар) для выявления факторов риска воздействия социальных факторов с последующим сравнительным расчетом уровня влияния (значимости) каждого из исследуемых факторов.

Таблица 4.3 - Основные клинико-социальные характеристики групп больных параноидной шизофренией (баллы по шкалам PSP и PANSS, $M \pm \delta$, где М-среднее значение, δ - среднеквадратическое отклонение; n – количество больных в группе)

Группы мотивов добровольной госпитализации Группы социальной адаптации	1.Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением)	2.Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой)	3.Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой)
1.Компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте)			63,6 $\pm$ 3,1(PSP); 105 $\pm$ 4(PANSS); (n ₁₃ =15).
2.Адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)	52,6 $\pm$ 0,8 (PSP); 127 $\pm$ 3 (PANSS); (n ₂₁ =9).	56,0 $\pm$ 1,4 (PSP); 126 $\pm$ 2(PANSS); (n ₂₂ =11).	
3.Декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте)	27,6 $\pm$ 2,1 (PSP); 128 $\pm$ 4 (PANSS); (n ₃₁ =26).	37,3 $\pm$ 2,3 (PSP); 125 $\pm$ 3 (PANSS); (n ₃₂ =27).	
4.Конфликтная группа больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)			42,3 $\pm$ 2,6 (PSP); 96 $\pm$ 2(PANSS); (n ₄₃ =12).

Полученные сведения позволили определить группы социальных факторов, которые в перспективе должны стать объектом первоочередного внимания для формирования комплекса клинических мероприятий и социальных программ, направленных на снижение уровня госпитализма.

Для определения влияния социальных показателей на формирование мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией

возникла объективная необходимость в оценке силы связи между уровнем воздействия социального фактора и исходом исследуемого события, в нашем случае - добровольная госпитализация, либо амбулаторное лечение.

Следовательно, исследуемая совокупность социальных показателей сопряжена с наличием качественных дихотомических оценок. Для интерпретации результатов такой оценки наиболее приемлем показателем относительного риска (Relative Risk - RR) [107], рассчитываемый как отношение риска наступления определенного события (добровольная госпитализация в стационар) по отношению к контрольной группе амбулаторных больных у соответствующей когорты лиц, подвергшихся воздействию определенного социального фактора.

Иными словами, показатель относительного риска показывает силу связи между уровнем воздействия социальных факторов и возможными вариантами дальнейшего ведения больных в амбулаторных или стационарных условиях. RR может изменяться от 0 (в случае, когда соответствующий показатель встречается только в контрольной (амбулаторной) группе) до бесконечности (если показатель имеется только исследуемой (стационарной) группе) и равен 1 только в том случае, когда социальный фактор не влияет на дальнейшее ведение больных (т.е. значения показателей в основной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) группах равны). В этой связи использование показателя относительного риска (RR) в ряде граничных случаев сопряжено с рядом неудобств в плане анализа и трактовки, поэтому в работе предлагается производить расчет производного показателя - атрибутивного риска (Attributable risk - AR), наиболее информативно интерпретирующего результаты исследования. Для искомых условий он определяется как доля больных в опытной (стационарной) группе, причиной добровольной госпитализации которых послужило только воздействие изучаемого социального фактора. Этот показатель выражается в относительных единицах и вычисляется через относительный риск следующим соотношением $AR = (RR - 1)/RR$. При анализе показателей риска с дихотомическими признаками традиционно используемой оценкой сходства является конкордантность (concordance) [105] — выраженный в процентах статистический показатель,

указывающий на наличие совпадений исследуемого признака в исследуемой выборочной совокупности.

С целью выявления социальных предикторов мотивов добровольной госпитализации (обращение за стационарной помощью) целевым (purposive) отбором были сформированы пары больных из опытной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) групп (таблица 4.4) для проведения сравнительного ретроспективного исследования соответственно по следующим признакам (пол больных; возраст; длительность заболевания, показатель N (шкала PANSS)) [138]. Выбор в качестве одного из основных показателей для формирования пар и дальнейшего сравнительного анализа субшкалы N (шкала PANSS) обусловлен тем, что выраженность негативной симптоматики больных параноидной шизофренией напрямую связана с формированием адаптационно-мотивационного профиля и характеризуется выраженным снижением социального статуса, особенно в первые несколько лет заболевания при сохраняющейся субъективной удовлетворенности качеством жизни. Сравнительный статистический анализ позволил установить отсутствие достоверных статистических различий между группами больных (в расчетах использован критерий Стьюдента (t) с вероятностью $P > 0,9$ и степенями свободы $f_i = n - 1$, где (n -количество больных в соответствующей группе; i - номер группы, $i = 1$ - основная, $i = 2$ - контрольная группа соответственно). Приведенные данные свидетельствуют об относительной однородности сравниваемых статистических групп и о соответствии основных исследуемых показателей (пол больных; возраст; длительность заболевания, показатель группы N (шкала PANSS) стационарных и амбулаторных больных. Метод формирования и контроля пар позволил производить статистические значимые исследования для получения необходимого уровня достоверности с выборкой меньшего числа больных при априорном наборе пар по определенным признакам. В результате анализа было сформировано 56 пар для трех групп добровольного обращения за психиатрической помощью (таблица 4.5) в пределах трехлетней ретроспективы.

Для каждого исследуемого больного была сформирована развернутая история болезни с определением уровня клинических и социальных факторов обращения за психиатрической помощью.

Таблица 4.4 - Основные статистические характеристики обследованных пациентов

Группы обследованных пациентов	Пол	Количество пациентов	Средний возраст*	Длительность заболевания*	Показатель субшкалы N (шкала PANSS)*
1	2	3	4	5	6
Стационарные больные	Мужчины	44	43±12	15±9	25,4±4,1
	Женщины	56	48±13	17±8	27,1±3,6
Амбулаторные больные	Мужчины	26	40±12	19±11	23,3±2,1
	Женщины	24	42±10	17±10	24,3±2,2
*приведен расчет (среднее значение ± стандартное отклонение)					

Таблица 4.5 - Количественный анализ сформированных пар в рамках мотивационного профиля пациентов

Группа мотивов	Количество сформированных пар пациентов	Среднее значение ± доверительный интервал (P=95%)		
		Возраст	Длительность заболевания	Показатель субшкалы N (шкала PANSS)*
1	2	3	4	5
Параноидные мотивы	32	49±3,2	15±5,1	25±3,1
Небредовые психопатологические мотивы	18	38±4,1	12±3,8	23±2,1
Непсихопатологические мотивы	6	35±3,7	10±3,2	22±1,3

Представление конкордантных и дискордантных пар больных с индивидуальным подбором параметров по ряду клинических и социальных факторов может быть представлено в следующем виде (таблица 4.6).

Набор конкордантных пар возможно использовать как информационный базис для оценки факторов-протекторов, препятствующих развитию необоснованного обращения за стационарной помощью и явлений госпитализма в целом. Набор социальных факторов для опытной и контрольной групп больных, наблюдавшихся в стационаре и отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях производилась по следующему набору показателей (таблица 4.7).

Таблица 4.6 - Концептуальное представление конкордантных и дискордантных пар амбулаторных и стационарных больных

		Наличие исследуемого фактора у стационарных больных	
		Да (+)	Нет (-)
Наличие исследуемого фактора у амбулаторных больных	Да (+)	N(++)	N(-+)
	Нет (-)	N(+ -)	N(--)
N(++)- число пар амбулаторных и стационарных больных с наличием исследуемого фактора; N(-+) - число пар больных с отсутствием исследуемого фактора у стационарных больных и наличием исследуемого фактора у амбулаторных больных; N(+ -)- число пар больных с отсутствием исследуемого фактора у амбулаторных больных и наличием исследуемого фактора у стационарных больных; N(--)- число пар амбулаторных и стационарных больных с отсутствием исследуемого фактора.			

В такой постановке коэффициент относительного риска соответствующего социального показателя (k) при формировании мотива добровольной госпитализации (обращение за психиатрической помощью в стационар) будет определяться следующим соотношением $RR_k = N_k(+ -)/N_k(-+)$, где $N_k(+ -)$ - количество дискордантных пар с наличием k-го показателя у госпитализированных больных и отсутствием у больных дневного стационара; $N_k(-+)$ - количество дискордантных пар с отсутствием k-го показателя у госпитализированных больных и наличием у больных дневного стационара. Для определения значимости дихотомических оценок признаков сравнительного ретроспективного исследования в четырехклеточных таблицах сопряженности используется критерий Мак-Немара (англ. McNemar's test) [9, 107, 138]. На следующем этапе исследования были выявлены клиничко-социальные предикторы мотивов добровольной госпитализации на основе результатов количественного анализа сформированных пар в рамках мотивационного профиля пациентов. Далее был произведен расчет количества дискордантных пар (таблица 4.8, рисунок 4.2, 4.3) и определен максимальный достоверный коэффициент относительного риска для соответствующих социальных показателей. Уровень достоверности дихотомических оценок признаков определен с использованием критерия Мак-Немара (англ. McNemar's test), а также произведен расчет доверительного интервала на 95% уровне вероятности.

Таблица 4.7 - Набор исследуемых пар для клинико-социальных факторов в опытной и контрольной группах больных (цветом выделены факторы с уровнем относительного риска больше 1)

Группы социальных факторов	Социальные показатели	Количественная оценка сформированных пар стационарных и амбулаторных пациентов			
		Конкордантные пары		Дискордантные пары	
		N(++)	N(--)	N(+/-)	N(-/+)
1. Условия проживания	Проживает в семье родственников	5	6	10	16
	Проживает в собственной семье	3	8	12	14
	Проживает одиноко (при наличии родственников)	7	10	27	5
2. Социально-бытовые условия	Удовлетворительные (стесненные)	11	14	11	15
	Неблагоприятные (напряженная атмосфера)	6	18	31	9
	Хорошие	10	9	13	21
3. Взаимоотношения с близкими	Удовлетворительные	15	4	16	24
	Хорошие	4	20	12	15
	Отсутствие или неудовлетворительные	5	10	32	8
4. Уровень общения	Ограниченный круг	6	11	10	13
	Широкий круг	2	19	13	14
	Изолирован	3	8	18	10
5. Качество социальных контактов	Формальное отношение	15	4	13	23
	Диссоциальные (пренебрежительные)	12	8	34	11
	Содержательные контакты	6	13	8	12
6. Трудовой статус	Безработный	13	15	22	16
	Временная работа	8	6	12	14
	Постоянная работа	4	7	5	7
7. Материальное положение	Хорошее	5	8	15	18
	Удовлетворительное	12	17	7	9
	Бедственное	18	6	29	12
8.Аффективная (депрессивная) симптоматика	Утренняя депрессия	5	7	5	10
	Безнадежность	8	15	18	7
	Самоуничтожение	13	11	18	15
	Патологическое чувство вины	3	2	10	12
	Идеи обвинения	4	6	5	8

Таблица 4.8 - Количественная оценка достоверного уровня максимального риска в группах клинико-социальных характеристик у сформированных пар больных параноидной шизофренией

№№	Социальные характеристики групп пациентов	Количественная оценка сформированных пар стационарных и амбулаторных пациентов		Relative Risk (RR) (макси- мальный)	Доверит ельный интервал (95%)	Уровень достовер- ности (P)	Attributable risk (AR)
		Дискордантные пары					
		N(+)	N(-)				
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Условия проживания Одиноко (при наличии родственников)	27	5	5,4	3,2-7,6	0,72	0,81
2	Взаимоотношения с близкими Отсутствуют или неудовлетворительные	32	8	4,0	2,1-5,9	0,78	0,75
3	Социально-бытовые условия Неблагополучные (напряженная атмосфера в семье)	31	9	3,4	1,6-5,2	0,81	0,7
4	Качество социальных контактов Диссоциальные (пренебрежительные)	34	11	3,1	2,0-4,2	0,82	0,68
5	Аффективная (депрессивная) симптоматика	18	7	2,6	1,8-3,4	0,75	0,61
6	Материальное положение Бедственное	29	12	2,4	1,5-3,3	0,73	0,58
7	Уровень общения Изолирован(а)	18	10	1,8	1,1-2,5	0,74	0,44
8	Трудовой статус Безработный	22	16	1,4	0,9-1,9	0,71	0,29

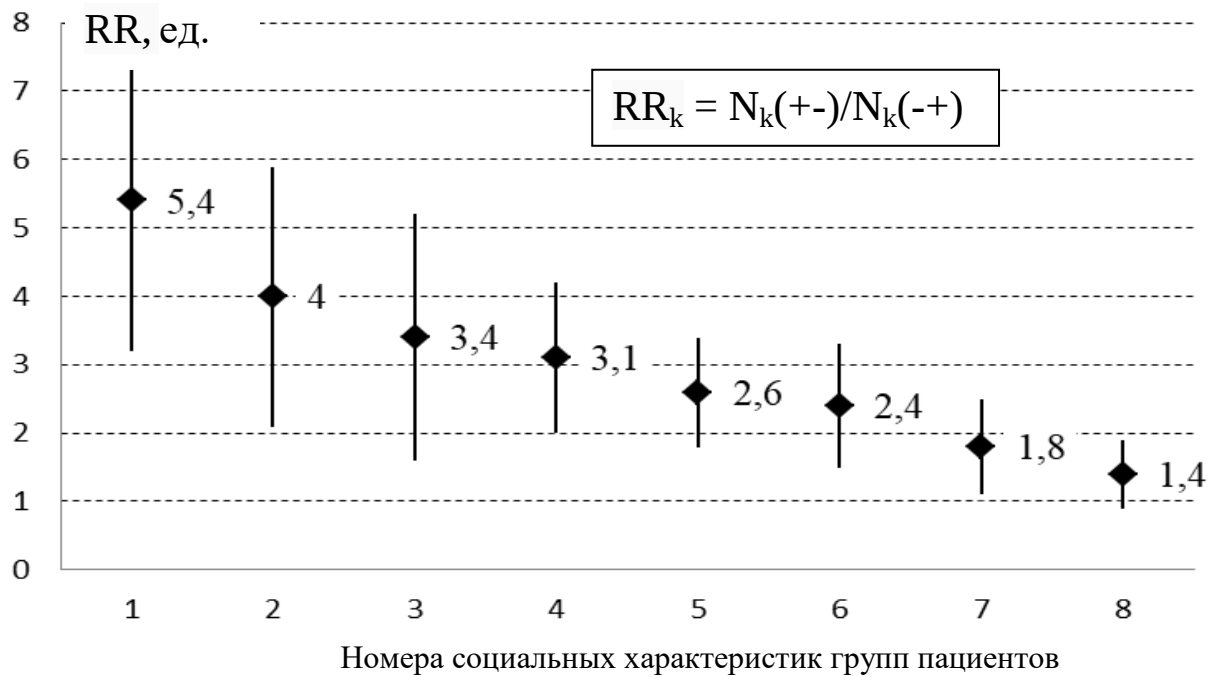


Рисунок 4.2 - Количественные оценки (максимум, доверительный интервал $P=95\%$) уровня относительного риска (Relative Risk - RR) в группах социальных характеристик у сформированных пар больных параноидной шизофренией (по оси X расположены номера социальных характеристик групп пациентов из табл. 4.6.)

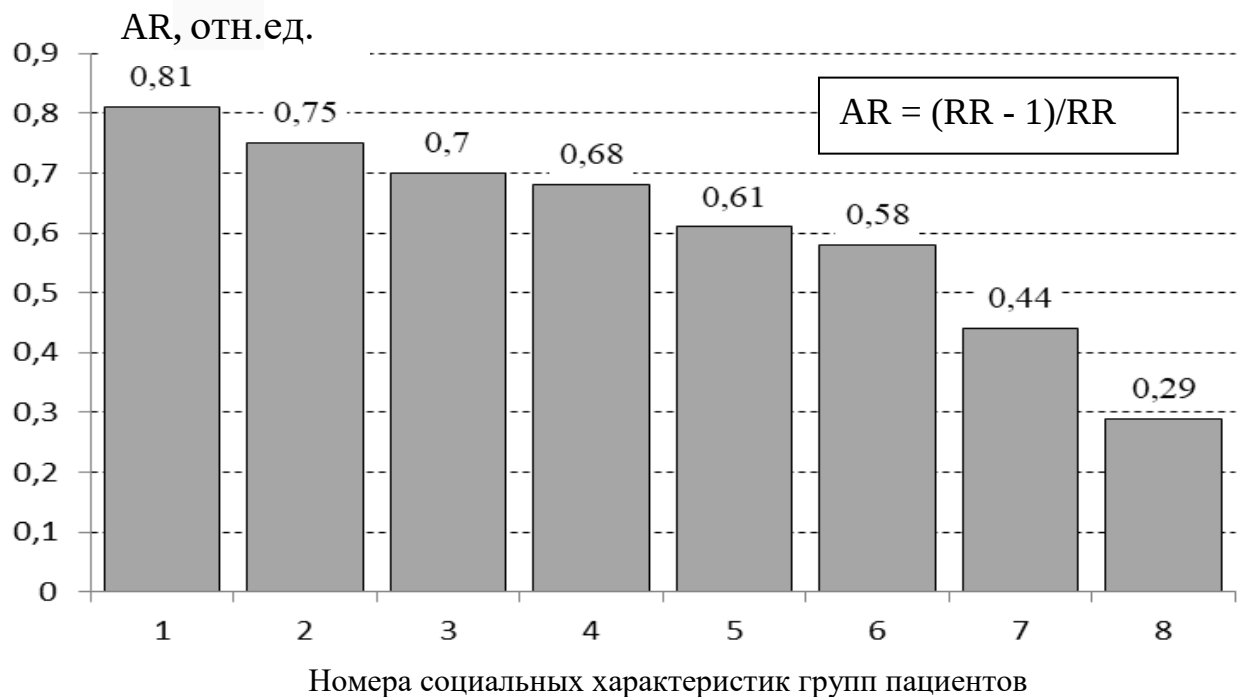


Рисунок 4.3 - Количественные оценки уровня атрибутивного риска (Attributable risk – AR) в группах социальных характеристик у сформированных пар больных параноидной шизофренией (по оси X расположены номера социальных характеристик групп пациентов из табл. 4.6.)

На следующем этапе проводилась оценка уязвимости клинико-социальных факторов для различных групп пациентов по количеству дискордантных пар (таблица 4.9, 4.10). Было выявлено, что для больных первой группы являются факторы уязвимости, связанные с условиями проживания и социально-бытовыми условиями, а также трудовой статус и уровень материальной обеспеченности. Для второй группы больных фактором уязвимости является аффективная (депрессивная) симптоматика, а для третьей группы специфичными являются взаимоотношения с близкими, уровень общения и качество социальных контактов. В такой постановке выявление данных проблемных зон позволит в дальнейшем рекомендовать прицельные виды психосоциальных интервенций для определенного мотивационного профиля больных.

Таблица 4.9 - Определение клинико-социальных факторов уязвимости и видов психосоциальных интервенций для трех групп больных параноидной шизофренией по количеству дискордантных пар (числитель - N(+)/ знаменатель - N(-+))

Группы пациентов	Уязвимые клинико-социальные факторы больных							
	Условия проживания	Взаимоотношения с близкими	Социально-бытовые условия	Качество социальных контактов	Аффективная симптоматика	Материальное положение	Уровень общения	Трудовой статус
Группа 1. (Параноидные мотивы)	17/3	5/2	20/4	5/3	3/2	18/6	2/4	14/9
Группа 2. (Небредовые психопатологические мотивы)	4/1	6/2	5/2	7/4	13/4	5/4	3/2	6/6
Группа 3. (Непсихопатологические мотивы)	6/1	21/4	6/3	22/4	2/1	6/2	13/4	2/1
Итого по выборке:	27/5	32/8	31/9	34/11	18/7	29/12	18/10	22/16
Виды психосоциальных интервенций	КР	ТСН	КР	ТСН	КПП	КР	ТСН	КР

КР - Когнитивная ремедиации;
КПП - Когнитивно-поведенческой психотерапии;
ТСН - Тренинг социальных навыков.

Статистическая группировка и оценка значимости проводилась на основе определения соотношений дискордантных пар для различных клинико-социальных факторов (таблица 4.10) [101].

Таблица 4.10 - Оценка достоверности различий относительных величин оценок дискордантных пар клинико-социальных факторов для трех групп больных параноидной шизофренией

Клинико-социальные факторы	Количество дискордантных пар	Значение показателя, %			Доверительный коэффициент (t)		
		ПМ	НПМ	НМ	$t(N_{ПМ}N_{НПМ})$	$t(N_{ПМ}N_{НМ})$	$t(N_{НПМ}N_{НМ})$
Условия проживания	$N(+)= 27$	0,63	0,15	0,22	$t \geq 2$	$t \geq 2$	
	$N(-)= 5$	0,60	0,20	0,20			
Взаимоотношения с близкими	$N(+)= 32$	0,16	0,18	0,66		$t \geq 2$	$t \geq 2$
	$N(-)= 8$	0,25	0,25	0,50			
Социально-бытовые условия	$N(+)= 31$	0,65	0,16	0,19	$t \geq 2$	$t \geq 2$	
	$N(-)= 9$	0,44	0,23	0,33			
Качество социальных контактов	$N(+)= 34$	0,15	0,21	0,65		$t \geq 2$	$t \geq 2$
	$N(-)= 11$	0,27	0,37	0,36			
Аффективная симптоматика	$N(+)= 18$	0,17	0,72	0,11	$t \geq 2$		$t \geq 2$
	$N(-)= 7$	0,29	0,57	0,14			
Материальное положение	$N(+)= 29$	0,62	0,17	0,21	$t \geq 2$	$t \geq 2$	
	$N(-)= 12$	0,50	0,33	0,17			
Уровень общения	$N(+)= 18$	0,11	0,17	0,72		$t \geq 2$	$t \geq 2$
	$N(-)= 10$	0,40	0,20	0,40			
Трудовой статус	$N(+)= 22$	0,73	0,18	0,09	$t \geq 2$	$t \geq 2$	
	$N(-)= 16$	0,60	0,20	0,20			
если $t(N_{ПМ}N_{НПМ}) \geq 2$ и $t(N_{ПМ}N_{НМ}) \geq 2$, то фактор специфичен для 1-й группы (ПМ); если $t(N_{ПМ}N_{НПМ}) \geq 2$, и $t(N_{НПМ}N_{НМ}) \geq 2$, то фактор специфичен для 2-й группы (НПМ); если $t(N_{ПМ}N_{НМ}) \geq 2$ и $t(N_{НПМ}N_{НМ}) \geq 2$, то фактор специфичен для 3-й группы (НМ).							

Таким образом, на основе проведенного клинико-социального анализа был сформирован профиль мотиваций добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, которые были распределены в 3 группы: 1-я группа «Параноидные мотивы» (ассоциированные с бредовым поведением); 2-я группа «Небредовые психопатологические мотивы» (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой); 3-я

группа «Непсихопатологические мотивы» (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой. В каждой группе сформированы оценочные пары и проведен анализ клинико-социальных и психопатологических особенностей амбулаторных и стационарированных пациентов. Кроме того, в ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что определяющими факторами для формирования мотивов добровольного стационарирования являлись уровень негативных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания. При тяжелом непрерывном течении заболевания формирование мотивационного профиля добровольной госпитализации связано с наличием следующих биологических и психопатологических факторов: ранний возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют следующие биологические и социально-психологические факторы: наследственная отягощенность; экзогении; соматическая патология; особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных в большей степени определялось качеством социальных контактов, психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования и общения, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности. Установленная в настоящем исследовании структура уязвимых клинико-социальных факторов, влияющих на формирование мотивов добровольной госпитализации и социальное функционирование больных параноидной шизофренией, может использоваться при разработке и внедрении социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе (когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческой психотерапия; тренинг социальных навыков).

Для выявления психологических мотивов, которые являются субъективными причинами для добровольной госпитализации в психиатрическую

клинику, а также мотивов обращения пациентов за помощью в медико-реабилитационное отделение, дневной стационар и другие медико-социальные внебольничные службы, в качестве дополнительного диагностического материала был разработан опросник. Ввиду того, что на сегодняшний день нет валидных диагностических методик, использующихся в психологии и психиатрии для изучения мотивационно-потребностной сферы, нам представляется актуальным создание такого экспериментального материала. В основу разработанного опросника была заложена классификация А.Маслоу, подразумевающая наличие пяти уровней потребностей: физиологические (поддержание гомеостаза, голод, жажда, режим сна/бодрствования); потребности в безопасности (стабильность жизненных условий, комфорт); социальные (общение, материальные блага, принадлежность к социальным группам и др.); престижные (уважение и признание со стороны других людей, эмоциональная поддержка, карьерный рост, достижение успеха); духовные (самоактуализация, экзистенциальные переживания такие как одиночество, смысл жизни и др.). В основу предложенного способа определения мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией было положено выявление проблемного уровня в иерархии психологических потребностей, а также общее значение обращений за психиатрической помощью или другие медико-социальные службы при фрустрации на уровне психологических потребностей. Полученные результаты указывают на то, что несмотря на тяжелую форму диагноза, в 67,8% случаев вопросы мотивационно-потребностного характера пациенты в состоянии решить без вмешательства медицинских и социальных структур. Это позволяет говорить о высоком уровне возможной интеграции в социум и благополучном наблюдении таких пациентов в условиях полустационарного и амбулаторного режимов (таблица 4.11).

В 4,5% случаев - фрустраций возникших на уровне психологических потребностей являются мотивом к добровольной госпитализации. Данные подтверждают тот факт, что не только 27,6% случаев обратились бы за помощью в медико-реабилитационное отделение, дневной стационар и другие социальные

службы. Такие данные свидетельствуют об эффективной психо-социальной работе амбулаторных и полустационарных структур в ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, и на значимость и необходимость работы таких структур для пациентов.

Таблица 4.11 - Мотивационно-потребностные уровни мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией

Вариант решения проблемы	Мотивационно-потребностные уровни, %					
	Уровень физиологических потребностей	Уровень потребности в безопасности	Уровень социальных потребностей	Уровень престижных потребностей	Уровень духовных потребностей	Среднее значение
Добровольная госпитализация в ПКБ	4,5	2,4	7,4	4,6	3,3	4,4
Обращение за помощью в МРО; дневные стационары и другие медико-социальные службы	22,7	20,3	34	27,6	33,3	27,6
Решение проблем самостоятельно, с помощью близких и внебольничных структур	72,7	77,2	58,5	67,8	63	67,8

Таким образом, высоким уровнем потребностей, который является детерминирующим к госпитализации в ПБ, является социальный. Пациенты принимают решение о стационарировании с целью удовлетворения таких потребностей как: потребность в общении, повышении уровня материальных благ (например, накопить пенсию), получении ощущения принадлежности к той или иной социальной группе, избегании конфликтных ситуаций, возникших в бытовой или профессиональной сфере. Следовательно, выявление и изучение непсихопатологических мотивов, которые являются наиболее распространенными основаниями для обращения за психолого-психиатрической помощью, дает

возможность сформировать более эффективные психокоррекционные мероприятия в области реабилитации и интеграции людей с особенностями психической патологии.

Выводы по главе 4

1. На основе проведенного исследования клинико-социальных детерминант больных параноидной шизофренией было выделено три группы в зависимости от мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью. В каждой группе был проведен анализ клинико-социальных и психопатологических факторов, имеющих прямое и опосредованное отношение к принятию решения о стационарировании в психиатрический стационар.

Группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением (35 % от всех исследованных больных основной группы);

Группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38 %);

Группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой (27 %).

2. Оценка соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP позволила выделить 4 группы социальной адаптации больных:

- **компенсированная группа** больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) (15%);

- **декомпенсированная группа** больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) (53%);

- **адаптированная группа** больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования могли быть связаны с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями)) (20%);

- **конфликтная группа** (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация (12%).

3. С целью выявления социальных предикторов мотивов добровольной госпитализации (обращение за стационарной помощью) целевым (purposive) отбором были сформированы пары больных из опытной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) групп для проведения сравнительного ретроспективного исследования соответственно по следующим признакам (пол больных; возраст; длительность заболевания, результирующий показатель субшкалы N (шкала PANSS))). Выбор в качестве одного из основных показателей для формирования пар и дальнейшего сравнительного анализа субшкалы N обусловлен тем, что выраженность негативной симптоматики больных параноидной шизофренией напрямую связана с формированием адаптационно-мотивационного профиля и характеризуется выраженным снижением социального статуса, особенно в первые несколько лет заболевания при сохраняющейся субъективной удовлетворенности качеством жизни.

4. Произведен расчет коэффициент относительного риска соответствующего социального показателя (k) при формировании мотива добровольной госпитализации (обращение за психиатрической помощью в стационар), который определялся следующим соотношением $RR_k = N_k(+)/N_k(-)$, где $N_k(+)$ - количество дискордантных пар с наличием k -го показателя у госпитализированных больных и отсутствием у больных дневного стационара; $N_k(-)$ - количество дискордантных пар с отсутствием k -го показателя у госпитализированных больных и наличием у больных дневного стационара.

5. Выявлены определяющие факторы для формирования мотивов добровольного стационарирования: уровень негативных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования; аффективные нарушения; количество предшествующих госпитализаций, длительность заболевания и продолжительность лечения.

6. При тяжелом непрерывном течении заболевания формирование мотивационного профиля добровольной госпитализации связано с наличием следующих биологических и психопатологических факторов: ранний возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют следующие биологические и социально-психологические факторы: наследственная отягощенность; экзогении; соматическая патология; особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных в большей степени определялось качеством социальных контактов, психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования и общения, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности.

7. Определение соотношений дискордантных пар для различных уязвимых клинико-социальных факторов в мотивационных группах самостоятельного обращения за психиатрической помощью у больных параноидной шизофренией позволило осуществить их статистически значимое распределение для последующей реализации психосоциальных интервенций (когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческой психотерапия; тренинг социальных навыков).

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Нозологический профиль стационарных больных по данным отечественных исследователей [38,42,45,44,37] представлен следующим образом: расстройства шизофренического спектра – 56,5%, в том числе шизофрения – 45,9%, из них параноидная шизофрения и хроническое бредовое расстройство – 44,8% [36]. Бремя шизофрении в России в 2009 г. составляет 197 млрд. руб., или 0,5% ВВП [76]. При этом в системе современной психиатрической помощи (внебольничная, стационарная, полустационарная, реабилитационная) структура затрат на лечение и реабилитацию представляет собой следующие соотношения - 86% стационарное лечение и менее 10% - амбулаторные обследования и лечение, а также психофармакотерапия [120,144,145].

На основе анализа литературных источников [6,149,150,151] и проведенных собственных исследований была выявлена структура основных клинико-социальных причин обращений (в т.ч. для социального обеспечения) больных шизофренией в психоневрологические (амбулаторные (дневной стационар, медико-реабилитационное отделение) и стационарные) отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (рисунок 5.1).

Проведенный анализ обращений позволил установить, что большинство из них (38%) случаев происходит из-за нежелания родственников или ближайшего окружения ухаживать за душевнобольными [71]. К тому же этому способствуют стесненные условия проживания (21%) и плохое состояние здоровья родственников и опекунов (11%). При этом клинико-социальные причины, обусловленные наличием поведенческих расстройств не превышали 17%, а доля обращения одиноких больных составила лишь 11% случаев.



Рисунок 5.1 - Структура основных клинко-социальных причин обращений больных шизофренией в амбулаторные и стационарные отделения больницы, в т.ч. для социального обеспечения (2% случаев составляют другие причины)

В такой постановке основной акцент медико-социальной реабилитации должен быть связан с активной деятельностью по восстановлению социального статуса, а также компенсаторных механизмов хронических психических больных, сопряженных с коррекцией поведенческих личностных изменений и восстановлением утраченных умений и навыков [29]. Данный градиент реализуется в различных звеньях оказания психиатрической помощи [147,158].

Внебольничное звено психиатрической помощи организовано по территориальному принципу и состоит из нескольких структурных элементов: психоневрологические диспансеры; психиатрические кабинеты в поликлиниках общего профиля; ЛПМ (лечебно-производственные мастерские). Априори, данный вид психиатрической помощи имеет значительные преимущества над госпитальным лечением больных. Прежде всего, это привычная социальная среда и устоявшийся трудовой статус (для работающих пациентов), а также эффективное лечение без явных тенденций возникновения госпитализма. В рамках психоневрологических диспансеров оказывается весь спектр внебольничной лечебно-консультативной психиатрической помощи больным с эндогенными психозами и реализуются процедуры активного диспансерного наблюдения. В основе *стационарной помощи* психиатрическим больным лежит

психиатрическая клиника. Базовый спектр решаемых задач данного вида помощи заключается в следующем: всестороннее обследование больных и диагностика (в т.ч. дифференциальная) психических заболеваний; лечение с использованием различных вариантов биологической терапии (в качестве основного метода лечения психических расстройств используется психофармакологическая терапия); психотерапевтическая коррекция; медико-реабилитационные мероприятия; трудовая экспертиза; экспертиза годности к воинской службе; судебно-психиатрическая экспертиза и др. [12,13,11,35,83]. *Полустационарная помощь* является в большинстве случаев прерогативой психоневрологических диспансеров, либо психиатрических клиник (дневные и ночные стационары, стационары на дому). Основными задачами такого вида помощи является активное лечение психических больных, не имеющих явных показаний к госпитализации, а также долечивание больных после стационарного лечения и реализация комплексных медико-реабилитационных мероприятий и необходимой помощи в решении трудовых и социально-бытовых вопросов [30]. Задачи, решаемые в рамках *реабилитационного звена* психиатрической помощи, направлены на максимально возможную интеграцию в сообщество психиатрических больных (в т.ч. хронических) и сохранение, либо воссоздание потенциально достижимого социально-трудового статуса, уменьшение стигматизации, продолжительная социальная поддержка, в том числе, направленная на удовлетворение базовых социально-бытовых потребностей. Таким образом, анализ современных реабилитационных подходов позволил выявить основной градиент психиатрической помощи, направленный на полное восстановление в сообществе психиатрических больных (восстановление утраченных навыков, инициализация адаптационно-компенсаторных систем, использование стратегий совладания, заблаговременная (ранняя) психосоциальная реабилитация) [34,112,135].

В рамках следующего этапа исследования на основе оценки соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP для сформированных 4 групп социальной адаптации больных

параноидной шизофренией разработаны концептуальные подходы к реализации дифференциальных программ, направленных на снижение уровня госпитализма (таблица 5.1), включающих в себя разного рода психосоциальные интервенции, базирующиеся на характерных специфических особенностях больных [8,15,49,72].

Для реализации вышеуказанных направлений дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больные были сгруппированы исходя из клинической картины заболевания, когнитивных, негативных и позитивных симптомов, а также адаптационного потенциала, уровня социального функционирования и показателей качества жизни [78,125,142,155,157]. Основной задачей программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма для *компенсированной группы* больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) является удержание и стабилизация имеющихся навыков социального функционирования с неременной реализацией следующих психосоциальных интервенций: психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы с больными и родственниками); индивидуальная эмоциональная вовлеченность; психологическое «эскортирование»; индивидуальная и семейная психотерапия; профессиональные консультации по социально-трудовым и финансово-экономическим вопросам.

Для определения реабилитационного потенциала *адаптированной группы* больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией) особое внимание было уделено вовлечению пациентов в лечебно-реабилитационный процесс и профилактики социальной дезадаптации [101]. В этом случае программа включала в себя следующие аспекты: формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс; включение больных во всевозможные виды проведения досуговых мероприятий; разработка рекомендаций в сфере сохранения прежнего места работы (в т.ч. работа с «поддержкой», а также

возможного трудоустройства и/или решение проблем, связанных с утратой трудоспособности.

Таблица 5.1 - Концептуальные подходы к реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма

Группа социальной адаптации	Цель реализации программы	Направленность (акцентуация) и дидактические единицы программы
Компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте)	Удержание и стабилизация имеющихся навыков социального функционирования	Психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы с больными и родственниками); Индивидуальная эмоциональная вовлеченность; Психологическое «эскортирование»; Индивидуальная и семейная психотерапия; Профессиональные консультации по социально-трудовым и финансово-экономическим вопросам.
Адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)	Вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс, профилактика социальной дезадаптации	Формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс; Включение больных во всевозможные виды проведения досуговых мероприятий; Разработка рекомендаций в сфере сохранения прежнего места работы (в т.ч. работа с «поддержкой», а также возможного трудоустройства и/или решение проблем, связанных с утратой трудоспособности.
Декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте)	Профилактика клинических рецидивов, активизация навыков независимого проживания	Обучение навыкам независимого проживания с включением психообразовательных программ; Формирование коммуникативных компетенций (упрощенного характера); Психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы, направленные на ближайших родственников); Способствование в решении вопросов дееспособности, распределение в дома-инвалидов.
Конфликтная группа больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)	Мотивационно-личностные изменения в социально-трудовой сфере	Активное управление медико-социальной траекторией; Социальный «коучинг» после выписки из стационара; Формирование коммуникативных компетенций; Тренинги когнитивных умений и навыков; Включение больных в досуговые мероприятия и трудовые процессы; Расширение сферы общения и выработка более динамичной жизненной позиции, комплаентности, настроенности на психофармакотерапию и регулярных визитов к лечащему врачу-психиатру.

В рамках исследования и коррекции социальных взаимоотношений в *декомпенсированной группе* больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) акценты были сделаны на профилактике клинических рецидивов и активизации навыков независимого проживания. В этой связи разработка программ осуществлялась в следующих направлениях: формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс; обучение навыкам независимого проживания с включением психообразовательных программ; формирование коммуникативных компетенций (упрощенного характера); психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы, направленные на ближайших родственников); способствование в решении вопросов дееспособности, распределение в дома-инвалидов.

Особенностью *конфликтной группы* больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация) являлись мотивационно-личностные изменения в социально-трудовой сфере. При этом делался акцент на следующие аспекты: активное управление медико-социальной траекторией; социальный «коучинг» после выписки из стационара; формирование коммуникативных компетенций; тренинги когнитивных умений и навыков; включение больных в досуговые мероприятия и трудовые процессы; расширение сферы общения и выработка более динамичной жизненной позиции, комплаентности, настроенности на психотерапию и регулярных визитов к лечащему врачу-психиатру.

Таким образом, реализация дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма с учетом характерных особенностей пациентов позволит поддерживать показатели качества жизни и социальное благополучие, снизить число и длительность стационаризований, сконцентрировавшись на поддержании потенциального уровня трудоспособности и повышении когнитивных навыков и способностей. Изменение в клинической картине и социальном уровне в выделенных группах социальной адаптации могут служить

маркерами эффективности реализации медико-социальных реабилитационных программ, отсутствие которых будет сопровождаться во многих случаях отказами от посещений амбулаторного звена психиатрической помощи, нарушением комплаенса, сокращением длительности ремиссий, увеличением числа и длительности госпитализаций с неуклонным снижением показателей социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией. Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия у больных шизофренией, наряду с фармакотерапией, прежде всего, направлены на образование и/или возвращение (улучшение) утерянных в процессе протекания шизофренического процесса когнитивных и эмоционально-мотивационных свойств, знаний, умений и навыков психически больных, имеющих существенные недостатки в сфере социального функционирования и представляющих возможность оптимального вхождения в сообщество [59,97]. Всесторонний анализ направленности, характера и степени выраженности уровня социальной дезадаптации позволяют решить вопрос о реализации определенного вида психосоциального воздействия, сформировать целевые и временные ориентиры лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций: психообразование; тренинг социальных навыков; семейная терапия; программы поддерживаемого трудоустройства; когнитивно-поведенческая терапия; когнитивная ремедиация [92,96,104]. Исходя из предложенных подходов к оценке соответствия клинических проявлений параноидной шизофрении уровню социальной адаптации бала сформирована матрица соответствия клинических и социальных характеристик и все больные основной группы были распределены в следующие подгруппы для проведения реабилитационных мероприятий и психосоциальных интервенций (таблица 5.2). Для различных вариантов течения шизофренического процесса характерно наличие нейро-когнитивного дефицита, причем, возникающего в некоторых случаях в преморбиде и уже на ранних стадиях заболевания, а его сохранение в состоянии ремиссии приводит к значительному снижению уровня социального функционирования больных. При этом как генерализованное снижение «когнитивного профиля», так и нарушение

отдельных функций (память, внимание, проблемно-решающее поведение) больных напрямую связано с мотивационным компонентом, что в свою очередь, приводит к существенному уменьшению психо-социальной активности [48].

Таблица 5.2 - Матрица распределения больных параноидной шизофренией (основная группа) по критериям соответствия клинических вариантов мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью и уровню социальной адаптации

Группы мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью Группы социальной адаптации	Параноидные мотивы (ПМ) (ассоциированные с бредовым поведением)	Небредовые психопатологические мотивы (НПМ) (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой)	Непсихопатологические мотивы (НМ) (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой)
Компенсированная группа (КГ) больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте)			$93 \leq \text{PANSS} < 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$ (N_{НМ}=15(КГ))
Адаптированная группа (АГ) больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)	$\text{PANSS} \geq 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$ (N_{ПМ}=9(АГ))	$\text{PANSS} \geq 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$ (N_{НПМ}=11(АГ))	
Декомпенсированная группа (ДГ) больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте)	$\text{PANSS} \geq 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$ (N_{ПМ}=26(ДГ))	$\text{PANSS} \geq 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$ (N_{НПМ}=27(ДГ))	
Конфликтная группа (КоГ) больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)			$93 \leq \text{PANSS} < 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$ (N_{НМ}=12(КоГ))

Одним из наиболее эффективных методов восстановления когнитивных функций на сегодняшний день, помимо психофармакотерапии, стоит отметить психосоциальную помощь, базирующуюся на моделях когнитивной реабилитации, предусматривающих как тренировку отдельных когнитивных и социальных навыков, так и варианты познавательного обучения [124].

В этой связи психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы параноидные мотивы (ПМ), соответственно адаптированная группа (9 больных) $N_{\text{ПМ}}=9(\text{АГ})$ и декомпенсированная группа (26 больных) ($N_{\text{ПМ}}=26(\text{ДГ})$) были сформулированы исходя из следующих предпосылок. В исходной постановке для больных данной группы нарушения когнитивных функций могут быть рассмотрены двояко, с одной стороны, как количественная функция «дефицита» (отсутствие или ограничение способностей), а с другой стороны, как качественная функция «искажения», приводящие к неадекватному социальному функционированию [58,89]. Так, в фабуле бредового психоза может быть ошибочная интерпретация «искажение», в том числе и социальной составляющей, а в силу наличия гипербализированной чувствительности к персекуторным проявлениям информационного поля, формируются негативные жизненные трактовки, обусловленные причинами, лежащими вне зоны ответственности больного и проявляющиеся в апато-абулических «дефицитарных» экцессах [94]. Для оценки когнитивного функционирования больных шизофренией [125] возможно использовать стандартизированную шкалу «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS) (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. 2008; Г.Р. Саркисян, И.Я. Гурович, Р.С.Киф, 2010) [115], которая имеет ряд корреляций с показателями когнитивного статуса, навыками независимого проживания и показателями общего и социального функционирования, а также функциональным исходом течения заболевания (таблица 5.3).

Таблица 5.3 - Основные характеристики шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS)

№№	Вид задания для больного (когнитивные функции)	Содержание задания	Диапазон оценок
1	Заучивание списка слов (слухоречевая память, вербальное научение)	В исходной постановке зачитывается 15 слов. Результат - число слов, воспроизведенное после в 5 предъявлений	[0;75]
2	Последовательность чисел (рабочая память)	В исходной постановке зачитывался ряд цифр в случайном порядке с постепенным увеличением длины цифрового ряда. Результат - число правильно воспроизведенных цифровых рядов.	[0;28]
3	Двигательный тест с фишками (моторные навыки)	В исходной постановке необходимо помещать в контейнер фишки по одной одновременно обеими руками (всего 100 фишек) в течение 60 секунд. Результат – число правильно расположенных фишек в контейнер.	[0;100]
4	Речевая беглость (скорость обработки информации, вербальная беглость)	1. Категориальное обобщение: в задании нужно в течение одной минуты назвать как можно больше слов, относящихся к определенной семантической (объединенной общим смыслом) группе. 2. Тест на контролируемые словесные ассоциации (буквенная беглость): в двух заданиях в течение одной минуты предлагается воспроизвести как можно больше слов на определенную букву. Результат - общее число воспроизведенных слов.	
5	«Шифровка» (внимание и скорость переработки информации)	В исходной постановке необходимо проставить соответствующие цифры под каждым из символов на предоставляемом бланке, в соответствии с образцом, в течение 90 секунд. Результат - количество правильно заполненных клеток.	
6	«Башня Лондона» (исполнительная функция/мышление и проблемно-решающее поведение)	Во время задания испытуемому одновременно демонстрируются две картинки, на которых изображены цветные шары, надетые на стержни. Испытуемому необходимо определить минимальное число перемещений шаров со стержня на стержень, следуя инструкции, для создания идентичных картинок. Результат - количество правильно названных перемещений.	[0;22]

На следующем этапе исследования была произведена оценка по шкале (BACS) трех клинических групп больных параноидной шизофренией (параноидные мотивы (ПМ); небредовые психопатологические мотивы (НПМ); непсихопатологические мотивы (НМ)) и осуществлен расчет средних значений балльной оценки и соответствующих стандартных отклонений (таблица 5.4).

Таблица 5.4 - Основные характеристики шкалы «Краткая оценка когнитивных функций» (BACS) у пациентов основной группы больных параноидной шизофренией

№№	Когнитивные функции	Группы больных					
		Параноидные мотивы (ПМ)		Небредовые психопатологические мотивы (НПМ)		Непсихопатологические мотивы (НМ)	
		Ср.зн.	Ст.откл.	Ср.зн.	Ст.откл.	Ср.зн.	Ст.откл.
1	Вербальное научение	32	6	40	8	45	15
2	Рабочая память	24	5	42	12	37	9
3	Моторные навыки	33	5	39	13	44	12
4	Вербальная беглость	29	8	36	12	38	9
5	Переработка информации	22	6	32	11	36	13
6	Проблемно-решающее поведение	25	3	41	7	44	10

На рисунке 5.2. изображен общий когнитивный профиль всех групп больных с обозначением нормативных значений среднего числа баллов по шкале BACS (50 баллов) и среднего квадратического отклонения, равного (-10 баллов).

Большинство показателей исследуемой выборки больных находятся ниже уровня ($X_{\text{ср}} - \sigma$, соответственно «50-10») за исключением вербального научения и моторных навыков для группы (ПМ) и рабочей памяти для группы (НПМ). При этом группа (ПМ) имеет значимые статистические отличия в уровне когнитивного профиля (таблица 5.5) ($t > 3$; $P > 0,99$), а группы (НМ) и (НПМ) относительно однородны ($t < 2$; $P < 0,95$).

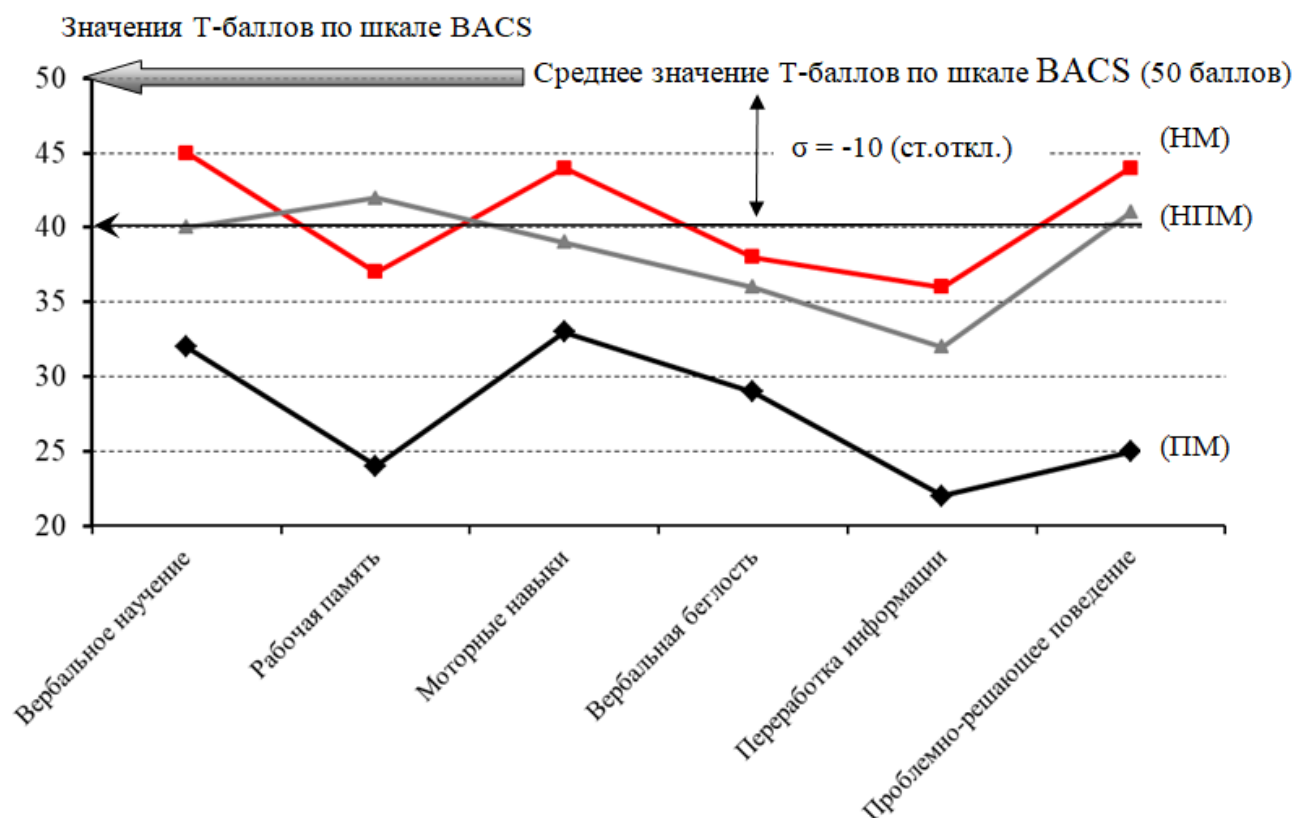


Рисунок 5.2 - Общий когнитивный профиль групп больных параноидной шизофренией по шкале BACS

Таблица 5.5 - Основные характеристики шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с параноидной шизофренией (BACS)

№ №	Когнитивные функции	Среднее значение $\pm m_M^*$			Доверительный коэффициент (t); Доверительная вероятность (P)		
		(ПМ) (N _{ПМ} =35)	(НПМ) (N _{НПМ} =38)	(НМ) (N _{НМ} =27)	P(N _{ПМ} N _{НПМ})	P(N _{ПМ} N _{НМ})	P(N _{НПМ} N _{НМ})
1	Вербальное научение	32 $\pm$ 1,03	40 $\pm$ 1,32	45 $\pm$ 2,94	t>3 P>0,99	t>3 P>0,99	t=1,55 P=0,88
2	Рабочая память	24 $\pm$ 0,86	42 $\pm$ 1,97	37 $\pm$ 1,76	t>3 P>0,99	t>3 P>0,99	t=1,79 P=0,92
3	Моторные навыки	33 $\pm$ 0,86	39 $\pm$ 2,14	44 $\pm$ 2,35	t>2 P>0,95	t>3 P>0,99	t=1,57 P=0,88
4	Вербальная беглость	29 $\pm$ 1,37	36 $\pm$ 1,97	38 $\pm$ 1,77	t>2 P>0,95	t>3 P>0,99	t=0,76 P=0,70
5	Переработка информации	22 $\pm$ 1,03	32 $\pm$ 1,81	36 $\pm$ 2,54	t>3 P>0,99	t>3 P>0,99	t=1,27 P=0,82
6	Проблемно- решающее поведение	25 $\pm$ 0,51	41 $\pm$ 1,15	44 $\pm$ 1,96	t>3 P>0,99	t>3 P>0,99	t=1,32 P=0,83
m_M^* - ошибка репрезентативности средней величины							

На основе результатов проведенного исследования для больных группы (ПМ) может быть целесообразным проведение психосоциальных лечебно-

реабилитационных интервенций в виде *когнитивной ремедиации*, позволяющей в рамках реализуемой реабилитационной модели достичь значительных улучшений психосоциального статуса больных [141].

Основной задачей когнитивной ремедиации в данной группе больных является минимизация негативных реакций от возникших качественно-количественных когнитивных нарушений («искажение-дефицит») продуктивной и негативной симптоматики на результаты повседневного функционирования и мотивацию (в т.ч. самостоятельное обращение за психиатрической помощью), а также обобщение и распространение полученных знаний и навыков в привычной социальной среде.

Имея в виду когнитивную разнородность течения шизофренического процесса и недостаток когнитивных функций, лечебно-реабилитационные мероприятия когнитивной ремедиации для больных данной группы, находящихся в состоянии ремиссии проводились в формате долгосрочной групповой (стратегической) программы поддержки, содержащей когнитивные задания и упражнения, в основу которых был положен поддерживающий мотивационный социальный компонент. В случае необходимости, для отдельных больных, делался упор на итерационную проработку одной или нескольких компонентов когнитивных функций (внимание, скорость обработки слуховой и зрительной информации, зрительно-моторные навыки, различные варианты памяти (слухоречевая, зрительная) и т.п.), а также проводился комплекс упражнений, связанных с развитием когний, сопряженных с решением комплекса специфических бытовых задач.

Программа когнитивной ремедиации была реализована в срок от 3 до 8 месяцев. Занятия проводились в течение 1,5–2 часов 2-3 раза в неделю с поддерживающим психотерапевтическим групповым семинаром, целью которого являлось выявление сформированных стратегий, которые больные приобрели в ходе выполнения когнитивных заданий и анализ возможностей их практической интеграции в условия реального социума (формирование, фокусировка и подкрепление социальных когний).

В ходе проведения программы когнитивной ремедиации были получены достоверные изменения ($t > 2$; $P > 0,95$) когнитивного профиля больных группы (ПМ) в сфере вербальных характеристик (беглость и научение), а также в области проблемно-решающего поведения (таблица 5.6, рисунок 5.3).

При этом достигался позитивный эффект как за счет социальных интеракций, так и взаимного усиления полученных навыков от проработки различных когниций и их интеграции в условия повседневной социальной среды. В то же время в ходе проведения программы когнитивной ремедиации не были достигнуты статистически значимые снижения уровней показателей частоты психотических приступов, но зафиксировано значительное уменьшение тяжести и выраженности продуктивной симптоматики.

Таблица 5.6 - Эффективность реализации программы когнитивной ремедиации для группы параноидные мотивы (ПМ)

№ №	Когнитивные функции	Группа (ПМ) до реализации мероприятий			Группа (ПМ) после реализации мероприятий			Доверительный коэффициент (t)	Доверительная вероятность (P)
		$X_{\text{ср.}}$	σ	m	$X_{\text{ср.}}$	σ	m		
1	Вербальное научение	32,0	6,0	1,03	35,0	3,8	0,65	2,46	0,98
2	Рабочая память	24,0	5,0	0,86	22,0	4,20	0,72	1,79	0,92
3	Моторные навыки	33,0	5,0	0,86	32,0	4,2	0,72	0,89	0,73
4	Вербальная беглость	29,0	8,0	1,37	33,0	6,2	1,06	2,30	0,97
5	Переработка информации	22,0	6,0	1,03	24,0	5,2	0,89	1,47	0,86
6	Проблемно- решающее поведение	25,0	3,0	0,51	28,0	5,2	0,89	2,91	0,99

$X_{\text{ср.}}$ – среднее значение баллов по показателям шкалы ВАС; σ – среднее квадратическое отклонение; m - ошибка репрезентативности средней величины.

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы небредовые психопатологические мотивы (НПМ) (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой), соответственно адаптированная группа (11 больных) $N_{\text{НПМ}}=11(\text{АГ})$ и декомпенсированная группа (27 больных) ($N_{\text{НПМ}}=27(\text{ДГ})$) были сформулированы исходя из следующих предпосылок.

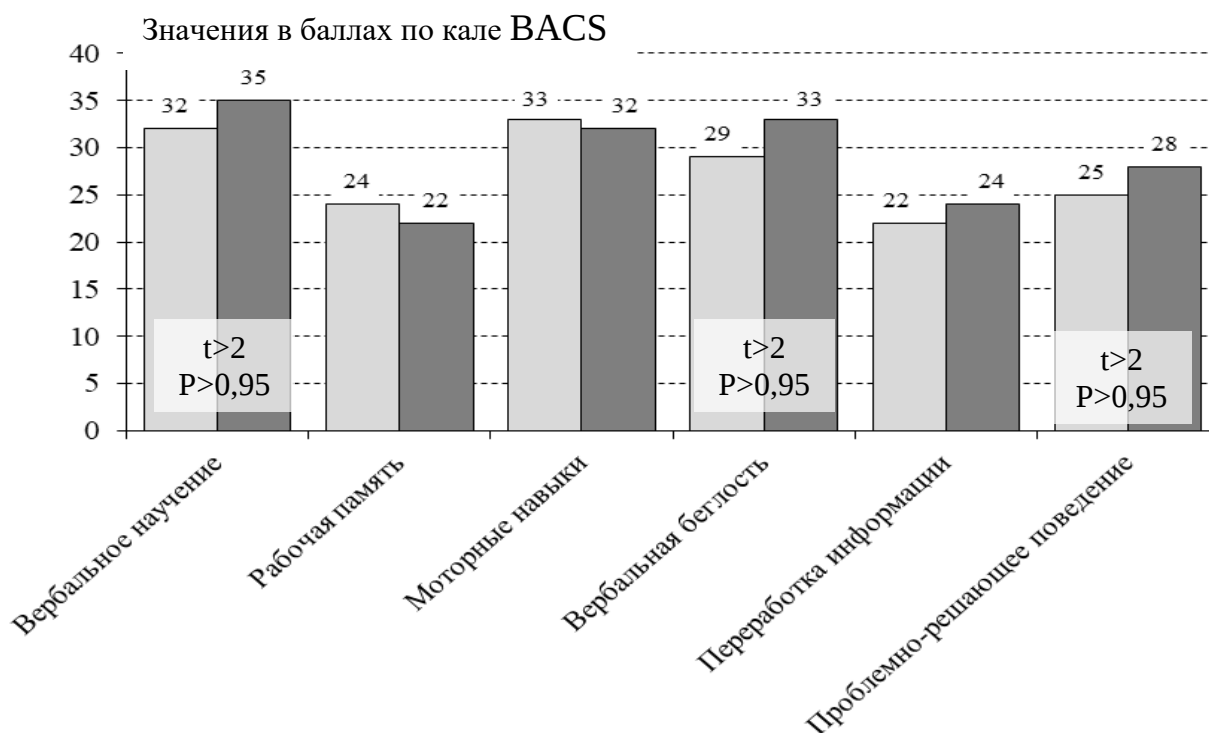


Рисунок 5.3 - Изменение когнитивного профиля группы больных (ПМ) по шкале BACS в ходе проведения когнитивной ремедиации (■ -до проведения; ■ - после проведения)

Для больных данной группы объективной задачей психосоциальных интервенций является облегчение симптомов, обусловленных эмоционально-волевыми и аффективными нарушениями, а также уменьшение частоты, длительности и тяжести депрессивных эпизодов. В данной постановке наиболее эффективным является применение социально-когнитивных методов **когнитивно-поведенческой психотерапии**, позволяющей осуществить изменение болезненных когнитивных схем (когнитивный компонент) - «ошибок мышления», интерпретативные схемы которых приводят к самостоятельному обращению за психиатрической помощью, в том числе, не обусловленной клиническими показаниями (поведенческий компонент). Кроме того, существующий дуализм и взаимное усиление проявлений эмоциональной сферы и когнитивных сценариев поведения, предопределяют необходимость психотерапевтической коррекции когнитивных программ, что в свою очередь приведет к послаблению аффективной составляющей. В этой связи ведущим механизмом когнитивно-поведенческой психотерапии является достижение

ценностных когнитивных ориентаций (дифференцированности когнитивных компонент) и развитие на этой основе продуктивных социальных навыков и процессов, несмотря на наличие аффективных переживаний. Аффективные нарушения больных данной группы (когниции депрессивных переживаний – идеи самоуничтожения (ущербности), самообвинения, нивелировка ретроспективных событий и прошлого опыта, негативные прогнозы будущих событий в причинно-следственных взаимосвязях) могут быть компенсированы посредством изменения «автоматического» депрессивного мышления больных, связанного с наличием когнитивных аббераций и тревожно-фобических проявлений социальных интеракций при формировании мотивов, связанных с самостоятельным обращением за психиатрической помощью и последующей добровольной госпитализацией. Сравнительный анализ балльных оценок шкалы CDSS амбулаторных больных (контрольная группа – 32 человека), и группы (НПМ – 38 человек), имеющих выраженность аффективной (депрессивной) симптоматики (средний балл ≥ 6) позволил выявить значимые статистические различия ($t > 2$; $P > 0,95$) для следующих показателей: безнадежность; самоуничтожение; идеи обвинения; патологическое чувство вины (таблица 5.7, рисунок 5.4). Проведенная для группы НПН (небредовые психопатологические мотивы) когнитивно-поведенческая психотерапия включала в себя от 20 до 30 занятий в течение 6-9 месяцев. Терапевтические группы формировались с учетом уровня социальной адаптации, мотивационного компонента, наличия поддержки со стороны ближайшего окружения. Обсуждалась глубина проблемы госпитализации, факторов социального риска, индивидуальных сдерживающих аспектов поведения и принципов реагирования на проявления болезни, а также вопросы укрепления самооценки и возможные перспективы социального функционирования. В ходе реализации мероприятий групповой когнитивно-поведенческой психотерапии удалось получить значительные улучшения аффективной (депрессивной) симптоматики по ряду показателей шкалы CDSS ($t > 2$; $P > 0,95$): безнадежность; самоуничтожение; патологическое чувство вины; наблюдаемая депрессия (таблица 5.8, рисунок 5.5).

Таблица 5.7 - Сравнительный статистический анализ показателей шкалы CDSS амбулаторных и стационарных (группа НПМ) больных с аффективной (депрессивной симптоматикой)

№ №	Показатели шкалы CDSS	Амбулаторные больные с депрессией (32 чел.)			Группа 2. Небредовые психопатологические мотивы (38 чел.)			Доверительный коэффициент (t)	Доверительная вероятность (P)
		$X_{cp.}$	σ	m	$X_{cp.}$	σ	m		
1	Депрессия	15,3	5,1	0,92	17,2	6,3	1,04	1,37	0,84
2	Безнадежность	8,8	2,3	0,41	10,6	3,1	0,51	2,74	0,99
3	Самоуничтожение	12,2	3,3	0,59	14,3	4,1	0,67	2,34	0,97
4	Идеи обвинения	10,7	2,9	0,52	12,3	3,1	0,51	2,20	0,96
5	Патологическое чувство вины	13,4	3,5	0,63	15,6	4,2	0,69	2,36	0,98
6	Утренняя депрессия	9,9	2,1	0,38	10,3	3,3	0,54	0,61	0,67
7	Раннее пробуждение	11,1	3,4	0,61	10,9	4,1	0,67	0,22	0,61
8	Суицид	3,1	1,1	0,20	3,3	1,3	0,21	0,69	0,68
9	Наблюдаемая депрессия	15,6	3,9	0,70	16,4	4,8	0,79	0,76	0,70

$X_{cp.}$ – среднее значение баллов по показателям шкалы CDSS; σ – среднее квадратическое отклонение; m - ошибка репрезентативности средней величины.

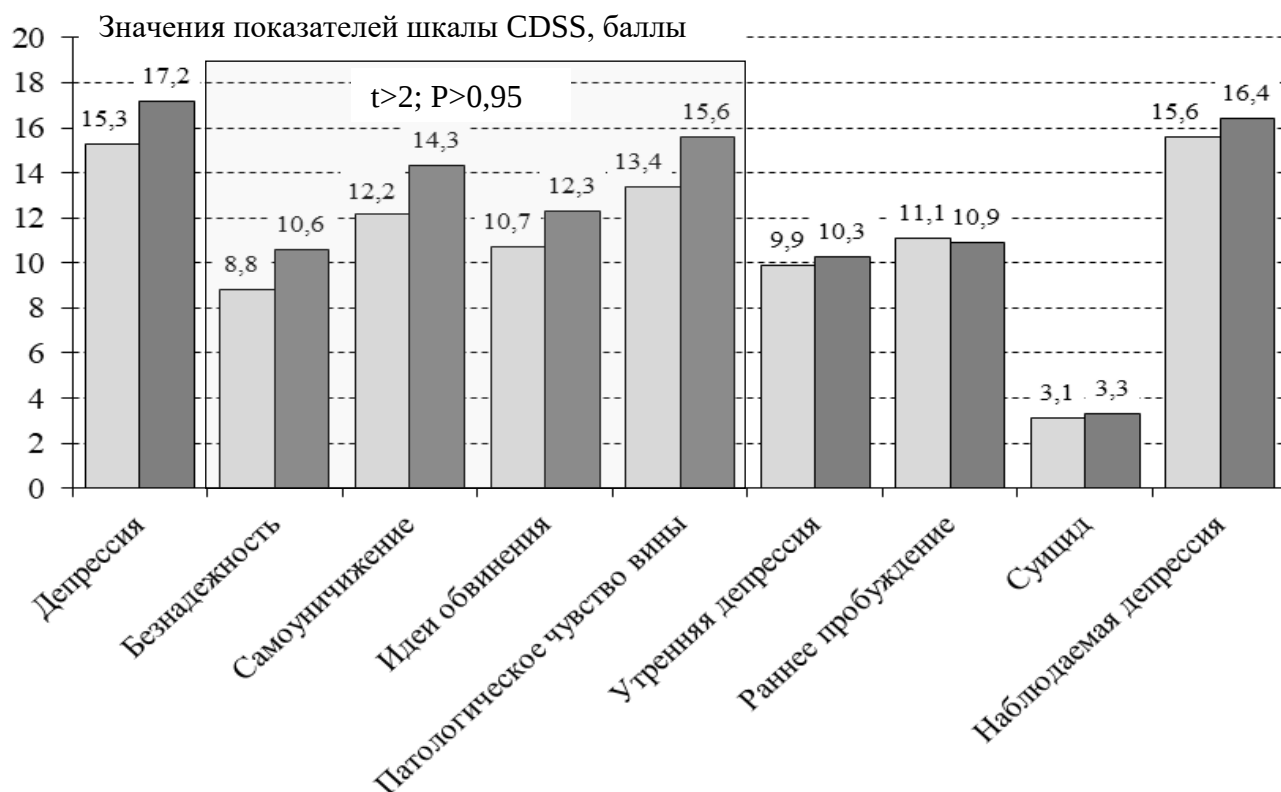


Рисунок 5.4 - Сравнительный анализ значений показателей шкалы CDSS (■ - амбулаторные больные (контрольная группа – 32 человека); ■ - группа 2. Небредовые психопатологические мотивы (НПМ – 38 человек))

Таблица 5.8 - Анализ эффективности реализации мероприятий когнитивно-поведенческой психотерапии для больных группы НПМ по шкале CDSS

№ №	Показатели шкалы CDSS	Группа 2. (38 чел.) (до реализации мероприятий)			Группа 2. (31 чел.) (после реализации мероприятий)			Доверительный коэффициент (t)	Доверительная вероятность (P)
		$X_{\text{ср.}}$	σ	m	$X_{\text{ср.}}$	σ	m		
1	Депрессия	17,2	6,3	1,04	15,0	4,2	0,69	1,77	0,92
2	Безнадежность	10,6	3,1	0,51	9,2	2,5	0,41	2,14	0,96
3	Самоуничтожение	14,3	4,1	0,67	12,4	3,8	0,62	2,07	0,95
4	Идеи обвинения	12,3	3,1	0,51	11,1	2,8	0,46	1,75	0,91
5	Патологическое чувство вины	15,6	4,2	0,69	13,8	3,3	0,54	2,05	0,95
6	Утренняя депрессия	10,3	3,3	0,54	9,9	2,8	0,46	0,56	0,66
7	Раннее пробуждение	10,9	4,1	0,67	11,5	3,3	0,54	0,69	0,69
8	Суицид	3,3	1,3	0,21	3,0	1,1	0,18	1,07	0,78
9	Наблюдаемая депрессия	16,4	4,8	0,79	14,5	2,8	0,46	2,08	0,95

$X_{\text{ср.}}$ – среднее значение баллов по показателям шкалы CDSS; σ – среднее квадратическое отклонение; m – ошибка репрезентативности средней величины.

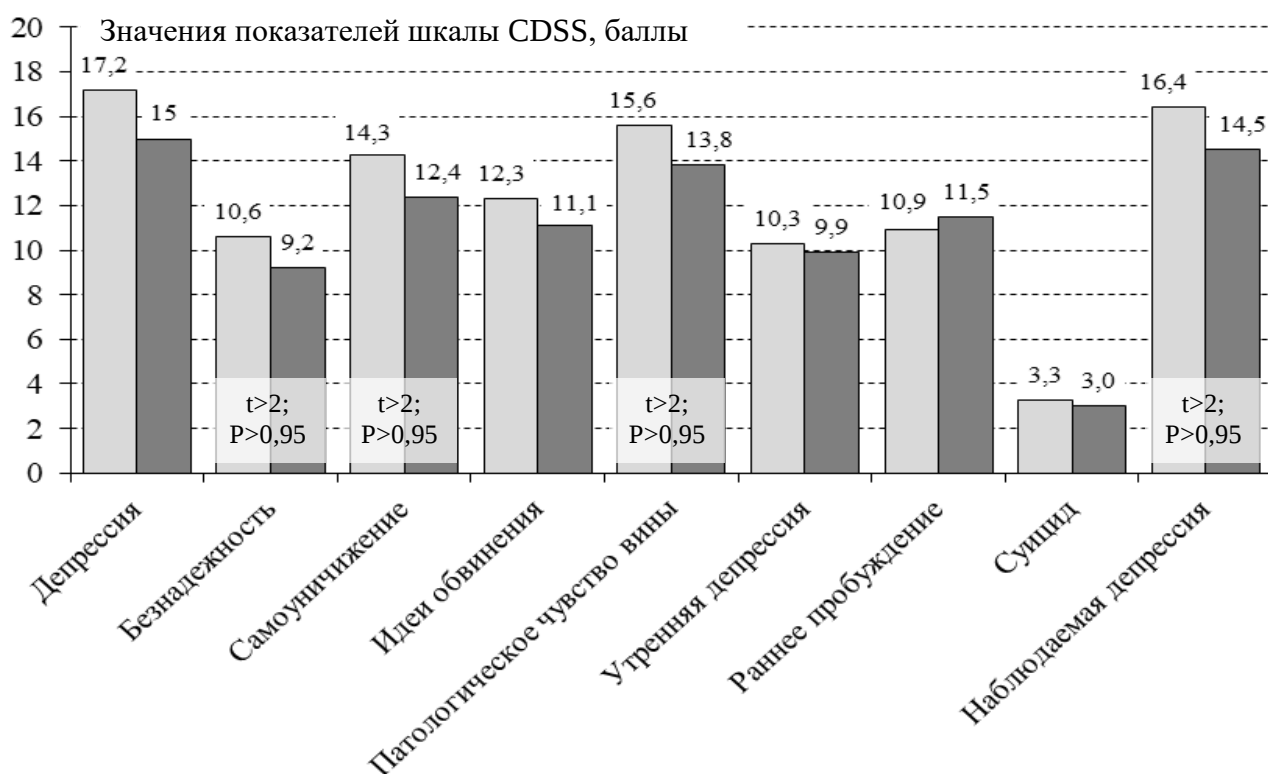


Рисунок 5.5 - Изменение показателей шкалы CDSS в ходе проведения когнитивно-поведенческой психотерапии (■ - до реализации мероприятий; ■ - после реализации мероприятий)

Таким образом, для тревожно-депрессивных расстройств, патологического чувства вины и психотической тревоги у пациентов данной группы появилась

возможность перепланировки паттернов социальных и психических операций, приводящих к гиперболизации персекуторных переживаний с возможностью изменения «стиля» мышления, обусловленного страхом ситуации (в т.ч. наличие психического заболевания) и возможными формами социального взаимодействия, которые могут привести к осознанному обращению за психиатрической помощью и избежать необоснованных госпитализаций.

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы непсихопатологические мотивы ((НМ) - не ассоциированные с психопатологической симптоматикой), соответственно компенсированная группа (15 больных) $N_{НМ}=15(КГ)$ и конфликтная группа (12 больных) ($N_{НМ}=12(КоГ)$) были сформулированы исходя из следующих предпосылок. Проведенный анализ уровня персонального и социального функционирования у амбулаторных больных (контрольная группа – 50 человек) и группы (НП) (27 человек) позволил выявить значимые статистические различия ($t>3$, $P>0,99$) в следующих показателях шкалы PSP: отношения с близкими и прочие социальные отношения; беспокоящее агрессивное поведение (таблица 5.9).

В такой постановки для улучшения социальных показателей в качестве психосоциальных интервенций возможно реализовать тренинг социальных навыков, на который возлагаются функции улучшения возможностей нормального усвоения информационных сведений от существенных социальных воздействий с последующим тождественным откликом в надлежащей обстановке. При этом затрагиваются когнитивные механизмы целеполагания, преобразования ролевого статуса и регулярных повторений с соответствующей позитивной поддержкой и положительной корректирующей обратной связью.

Программа тренинга социальных навыков была реализована в виде пошаговой стратегии освоения отдельных элементов отработки социальных навыков (социальное научение), дискуссионных разборов поведенческих реакций на разноплановые события, ликвидации «коммуникативной напряженности», стимулирования способностей вербального общения, невербального поведения и конструктивных межличностных интеракций.

Таблица 5.9 - Оценка персонального и социального функционирования по шкале PSP у амбулаторных и стационарных больных (группа (НМ) непсихопатологические мотивы) больных параноидной шизофренией

Показатели шкалы PSP по областям функционирования		По выборке амбулаторных больных (N _{амб.} =50) (среднее значение ± стандартное отклонение)*	Группа III. Непсихопатологические мотивы (N _{IIIгр.} =27) (среднее значение ± стандартное отклонение)*	Доверительный коэффициент (t); Доверительная вероятность (P)
1		2	3	4
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	2,63±0,93 σ=0,93; m=0,13	2,81±0,91 σ=0,91; m=0,18	t=0,81 P=0,71
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	2,23±0,86 σ=0,86; m=0,12	3,17±0,93 σ=0,93; m=0,18	t=4,27 P=0,99
c)	самообслуживание	1,2±0,82 σ=0,82; m=0,12	0,97±0,25 σ=0,25; m=0,04	t=1,81 P=0,92
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	1,78±0,89 σ=0,89; m=0,13	2,43±0,58 σ=0,58; m=0,11	t=3,81 P=0,99
Заключительный балл	Средний балл ± стандартное отклонение	55±6,1 σ=6,1; m=0,87	61±7,3 σ=7,3; m=1,43	t=3,57 P=0,99
	Минимум	25	35	
	Максимум	75	82	
*Уровень нарушения функционирования, наблюдавшийся у больных за последние 7 дней (0 –Отсутствует; 1-Слабое; 2-Заметное; 3-Значительное; 4-Сильное; 5-Очень сильное); m - ошибка репрезентативности средней величины; Заключительный средний балл ∈[31-70] - уровень ограниченного персонального и социального функционирования.				

Кроме того, в процессе проведения занятий уделялось особое внимание вопросам рационального взаимодействия и гармонизации отношений с ближайшим социальным окружением (родственники, медицинский персонал), изменения социального статуса и организации жизненного пространства после прохождения стационарного лечения, структуре жизненных предпочтений и правил поведения.

Тренинг включал в себя 15-20 разноуровневых (информационный контент, индивидуальные коммуникации, поведенческие установки) двухчасовых групповых занятий по 10-15 больных и проводился специалистами, имеющими

подготовку в области психотерапии в течении 3-6 месяцев. Реализация мероприятий и процедур тренинга социальных навыков позволила добиться значимых улучшений в показателях персонального и социального функционирования по оценкам шкалы PSP: отношения с близкими и прочие социальные отношения; беспокоящее и агрессивное поведение (таблица 5.10).

Таблица 5.10 - Сравнительный анализ оценок персонального и социального функционирования по шкале PSP у больных параноидной шизофренией (группа (НМ) - непсихопатологические мотивы) до и после проведения тренинга социальных навыков

Показатели шкалы PSP по областям функционирования		Группа III. (до проведения) (N _{IIIгр.} =27) (среднее значение ± стандартное отклонение)*	Группа III. (после проведения) (N _{IIIгр.} =27) (среднее значение ± стандартное отклонение)*	Доверительный коэффициент (t); Доверительная вероятность (P)
1		2	3	4
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	2,81±0,91	2,45±0,81	t=1,51 P=0,87
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	3,17±0,86	2,35±0,61	t=3,96 P=0,99
c)	самообслуживание	0,97±0,25	0,94±0,31	t=0,38 P=0,62
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	3,23±0,58	2,91±0,34	t=2,42 P=0,97
Заключительный балл	Средний балл ± стандартное отклонение	61±7,3	57±6,1	t=2,14 P=0,96
	Минимум	35	29	
	Максимум	82	79	
*Уровень нарушения функционирования, наблюдавшийся у больных за последние 7 дней. (0 – отсутствует; 1 - слабое; 2 - заметное; 3 - значительное; 4 - сильное; 5 - очень сильное); Заключительный средний балл ∈[31-70] - уровень ограниченного персонального и социального функционирования				

Таким образом, основной акцент при проведении тренинга социальных навыков был направлен на переосмысление недостатков социального восприятия

и межличностных взаимодействий, на эмоциональную саморегуляцию и неспособность выполнения повседневных привычных действий, а также на специфику и возможные варианты решения возникающих проблем вербального и невербального социально-приемлемого поведения больного, что в результате привело к возрастанию уровня результативности ответа на обыденные факторы социального характера. Осуществление медико-социальных и реабилитационных мероприятий в обстановке прогрессивной психотерапевтической среды позволили получить следующие результаты в группах: параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением); небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой); непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой) (таблица 5.11) и дать оценку медико-социальному прогнозу развития заболевания у вышеуказанных групп больных. Статистический анализ реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией позволил установить, что в группе декомпенсированных больных с параноидными мотивами (ассоциированные с бредовым поведением) целевые установки психосоциальных воздействий, заключающиеся в активизации навыков независимого проживания и профилактики клинических рецидивов достигнуты не были ($P < 0,95$). Конгруэнтные клиническому состоянию социальные компоненты способствовали наличию относительно ригидного ответа на психокоррекционные интервенции (некомплаентность, апато-абулические проявления, эмоциональная неустойчивость), что в отношении амбулаторного реабилитационного потенциала и медико-социального прогноза данной группы больных является относительно неблагоприятным фактором. Кроме того, не были достигнуты статистически значимые оценки клинических улучшений продуктивной, негативной и психопатологической симптоматики по шкале PANSS в целом по группе (ПМ) - параноидные мотивы и в декомпенсированной группе (НПМ) - небредовые психопатологические мотивы.

Таблица 5.11 - Обоснование эффективности реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией (баллы по шкалам PSP и PANSS, $M \pm \delta$, где M - среднее значение, δ - среднее квадратическое отклонение; t – доверительный коэффициент; n – количество больных в группе; $(*)$ – показатели до реализации программ; $(**)$ – показатели после реализации программ)

Группы мотивов добровольной госпитализации Группы социальной адаптации	Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением)	Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой)	Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой)
Компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте)			63,6 $\pm$ 3,1(*PSP); 67,9 $\pm$ 5,2(**PSP); ($t=2,5$, $P>0,95$). 105 $\pm$ 4(*PANSS); 101 $\pm$ 5(**PANSS); ($t=2,22$, $P>0,95$). ($n_1=15(*)$); ($n_2=13(**)$).
Адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)	52,6 $\pm$ 0,8 (*PSP); 54,2 $\pm$ 1,3(**PSP); ($t=2,66$, $P>0,95$). 127 $\pm$ 3 (*PANSS); 125 $\pm$ 5 (**PANSS); ($t=0,86$, $P=0,72$). ($n_1=9(*)$); ($n_2=7(**)$).	56,0 $\pm$ 1,4 (*PSP); 57,9 $\pm$ 2,3(**PSP); ($t=2,05$, $P>0,95$). 126 $\pm$ 2(*PANSS); 123 $\pm$ 3 (**PANSS); ($t=2,42$, $P>0,95$). ($n_1=11(*)$); ($n_2=9(**)$).	
Декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте)	27,6 $\pm$ 2,1 (*PSP); 28,9 $\pm$ 3,2(**PSP); ($t=1,59$, $P>0,8$). 128 $\pm$ 4 (*PANSS); 127 $\pm$ 6 (**PANSS); ($t=0,65$, $P=0,68$). ($n_1=26(*)$); ($n_2=22(**)$).	37,3 $\pm$ 2,3 (*PSP); 39,5 $\pm$ 2,9(**PSP); ($t=2,28$, $P>0,95$). 125 $\pm$ 3(*PANSS); 123 $\pm$ 6 (**PANSS); ($t=1,39$, $P=0,84$). ($n_1=27(*)$); ($n_2=22(**)$).	
Конфликтная группа больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства не психотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)			42,3 $\pm$ 2,6 (*PSP); 45,2 $\pm$ 1,5(**PSP); ($t=2,9$, $P>0,95$). 96 $\pm$ 2(*PANSS); 92 $\pm$ 4 (**PANSS); ($t=2,29$, $P>0,95$). ($n_1=12(*)$); ($n_2=7(**)$).
Психосоциальные интервенции	когнитивная ремедиация	когнитивно-поведенческая психотерапия	тренинг социальных навыков

При этом для группы (НМ) - непсихопатологические мотивы были зафиксированы статистически достоверные улучшения как в клиническом (шкала PANSS, $P > 0,95$), так и в социальном (шкала PSP, $P > 0,95$) аспекте.

Отсутствие оценок клинически значимого ответа на проводимые мероприятия наблюдалось в декомпенсированной группе больных (в группе ПМ - по шкалам PANSS и PSP; в группе НПМ – по шкале PANSS).

Проведенные клинические исследования психопатологических предикторов мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью больных параноидной шизофренией и эффективности реализации лечебно-реабилитационных психосоциальных воздействий позволили сформировать четкие критерии госпитализации данной когорты больных (таблица 5.12). В такой постановке обязательной госпитализации подлежат больные адаптированной и декомпенсированной групп, у которых фабула продуктивной симптоматики сопряжена с наличием параноидных мотивов и декомпенсированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами (ячейки 2.1, 3.1, 3.2 таблицы 5.12). Таблица 5.12 - Критерии госпитализации больных параноидной шизофренией самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью

Группы мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью Группы социальной адаптации	Параноидные мотивы	Небредовые психопатологические мотивы	Непсихопатологические мотивы	АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Компенсированная группа			$93 \leq \text{PANSS} < 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$	
Адаптированная группа	$\text{PANSS} \geq 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$	$\text{PANSS} \geq 123$ $71 \leq \text{PSP} \leq 100$		
Декомпенсированная группа	$\text{PANSS} \geq 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$	$\text{PANSS} \geq 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$		
Конфликтная группа	↓	↓	$93 \leq \text{PANSS} < 123$ $1 \leq \text{PSP} \leq 70$	
СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ				

При этом для больных адаптированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами (ячейка 2.2 таблицы 5.12) и больных компенсированной и конфликтной групп с непсихопатологическими мотивами (ячейки 1.3, 3.3 таблицы 5.12) с высоким уровнем эффективности реализации лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций госпитализация является клинически необоснованной, а следовательно, этот контингент больных может проходить лечение в амбулаторном звене психиатрической помощи.

Таким образом, проведенные исследования позволили осуществить сравнительную оценку показателей эффективности реализации медико-социальных интервенций для групп больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью в разрезе ретроградного и антероградного периода наблюдений равных 3 года (таблица 5.13). Было установлено, что частота психотических приступов в группе ПМ (панароидные мотивы) существенно не изменилась при достаточно значимом снижении количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью с $1,6 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,3$ ($t > 2$, $P > 0,95$). В группе НПМ (небредовые психопатологические мотивы) наблюдается обоюдное снижение как частоты психотических приступов с $1,9 \pm 0,3$ до $1,7 \pm 0,4$ ($t > 2$, $P > 0,95$), так и количества самостоятельных обращений с $1,3 \pm 0,1$ до $1,2 \pm 0,2$ ($t > 2$, $P > 0,95$). В то же время для группы НМ (непсихопатологические мотивы) достичь статистически достоверного снижения количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью при наблюдаемом регрессе частоты психотических приступов $1,2 \pm 0,12$ до $1,1 \pm 0,11$ ($t > 2$, $P > 0,95$) в исследуемый промежуток времени не удалось. Вместе с тем снизилась длительность госпитализаций в группах НПМ (небредовые психопатологические мотивы) и НМ (непсихопатологические мотивы) (с 72 ± 9 до 67 ± 6 и с 38 ± 4 до 34 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно) при одновременном увеличении количества дней амбулаторного лечения с 53 ± 4 до 59 ± 9 и с 42 ± 8 до 48 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно. Притом повышение длительности ремиссии обнаружилось только лишь в группе НПМ (небредовые психопатологические мотивы) с $0,62 \pm 0,25$ до $0,73 \pm 0,19$ ($t > 2$, $P > 0,95$).

Таблица 5.13 - Основные показатели эффективности реализации медико-социальных интервенций для групп больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью (ретроградный и антероградный периоды исследования составляют 3 года; приведен расчет средних значений $\pm$ стандартные отклонения)

№ п/п	Клинико-социальные показатели	Группы больных (проводимые мероприятия)					
		Параноидные мотивы (ПМ) (когнитивная ремедиация)		Небредовые психопатологические мотивы (НПМ) (когнитивно-поведенческая психотерапия)		Непсихопатологические мотивы (НМ) (тренинг социальных навыков)	
		до N _{ПМ} =35	после N _{ПМ} =29	до N _{НПМ} =38	после N _{НПМ} =31	до N _{НМ} =27	после N _{НМ} =20
1	Частота психотических приступов в год	3,1 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,4	1,9$\pm$0,3	1,7$\pm$0,4	1,2$\pm$0,12	1,1$\pm$0,11
2	В т.ч. самостоятельных обращений за год	1,6$\pm$0,2	1,4$\pm$0,3	1,3$\pm$0,1	1,2$\pm$0,2	0,8 $\pm$ 0,06	0,75 $\pm$ 0,1
3	Длительность госпитализаций (койко-дни) в год	115 $\pm$ 8	110 $\pm$ 12	72$\pm$9	67$\pm$6	38$\pm$4	34$\pm$6
4	Длительность амбулаторного лечения, дней в году	86 $\pm$ 6	91 $\pm$ 13	53$\pm$4	59$\pm$9	42$\pm$8	48$\pm$6
5	Длительность ремиссии, год	0,39 $\pm$ 0,07	0,41 $\pm$ 0,09	0,62$\pm$0,25	0,73$\pm$0,19	1,1 $\pm$ 0,3	1,2 $\pm$ 0,2
6	Степень выраженности психопатологической симптоматики (шкала PANSS)	127 $\pm$ 3	126 $\pm$ 5	125 $\pm$ 3	123 $\pm$ 5	100$\pm$5	97$\pm$4
7	Степень выраженности депрессивных расстройств (шкала CDSS)	6,1 $\pm$ 0,9	5,7 $\pm$ 0,7	10,2$\pm$1,4	9,0$\pm$1,6	7,3$\pm$0,8	6,6$\pm$0,9
8	Оценка персонального и социального функционирования (шкала PSP)	34,0$\pm$1,4	35,1$\pm$2,2	42,7$\pm$1,8	44,8$\pm$3,6	54,5$\pm$4,8	60,0$\pm$6,6
Цветом выделены значимые статистические различия: доверительный коэффициент ($t > 2$); доверительная вероятность ($P > 0,95$).							

В клиническом аспекте степень выраженности аффективной (депрессивной) симптоматики по шкале CDSS снизилась в группах НПМ (небредовые

психопатологические мотивы) и НМ (непсихопатологические мотивы) (с $10,2 \pm 1,4$ до $9,0 \pm 1,6$ и с $7,3 \pm 0,8$ до $6,6 \pm 0,9$ ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно), а психопатологическая симптоматика по шкале PANSS достоверно сократилась только лишь в группе НМ (непсихопатологические мотивы) с 91 ± 4 до 87 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$).

Оценка персонального и социального функционирования по шкале PSP показала статистически значимые положительные изменения ($t > 2$, $P > 0,95$) для всех групп больных, что еще раз подтверждает обоснованность выбора и эффективность реализации проведенных лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций.

Следовательно, такой подход к проведению мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью должен базироваться на следующих дефинициях.

1. Для сокращения количества госпитализаций и длительности пребывания больных параноидной шизофренией в стационарном звене психиатрической помощи необходимо, наряду с адекватной психофармакотерапией, активно развивать стационарзамещающие (внебольничные) формы психиатрической помощи (транспозиция акцента оказания психиатрической помощи со стационарных во внебольничную среду), с направленностью на личностно-социальные и реабилитационные компоненты (психоневрологические диспансеры, дневные стационары, медико-реабилитационные отделения, отделения настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе, полипрофессиональные бригады).

2. В амбулаторном звене психиатрической помощи для пациентов с частыми и длительными госпитализациями в анамнезе необходимо стремиться создать благоприятную атмосферу терапевтической среды, эмоциональной поддержки и естественного социального контекста, а также расширить возможности терапевтического процесса путем оказания экстрамуральной психиатрической

помощи, ассоциированной с местом жительства и специфичным для больных социальным окружением.

3. Для больных параноидной шизофренией в состоянии ремиссии с преобладающей патологической тревожностью, аффективной нестабильностью, эмоциональной неустойчивостью, уязвимостью к стрессам и различными нарушениями сна больным был рекомендован препарат Тералиджен, обладающий достаточно высокой степенью безопасности и потенциальной возможностью использования для больных различных возрастных групп. Препарат эффективен для неврозоподобных расстройств с сенестопатиями и ипохондрическими проявлениями. Рекомендованный диапазон доз при F20.0 варьируется в больших пределах— от 5 до 400 мг/сут в 1–3 приема [241].

4. Исходя из спектра психотропной активности, препарат Тералиджен был рекомендован больным в купе с антидепрессантами при постшизофренической депрессии с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств; расстройствах восприятия, протекающих на тревожном фоне (сенситивный бред отношения); различными бредовыми конструкциями с выраженным тревожным аффектом (паранойяльный этап параноидной шизофрении) [241].

5. Оказание реабилитационной и медико-социальной психиатрической помощи в амбулаторной и внебольничной среде необходимо осуществлять в активном сообществе с пациентом и его ближайшим окружением для эффективного преодоления резидуальной психопатологической симптоматики (копинг-стратегии), потенциального повышения уровня социальной адаптации и социальной поддержки, а также нормализации и оздоровления коммуникативных связей с ближайшими родственниками. При этом вовлечение пациентов в активную социальную деятельность является предиктором эффективного реабилитационного процесса и предупреждает неминуемое нарастание негативной симптоматики.

6. Для эффективной ассимиляции больных параноидной шизофренией в сообщество возникает объективная необходимость в заблаговременной (ранней) психосоциальной реабилитации, которая должна стать тотальным процессом

наравне с психофармакотерапией, так как ухудшение навыков социального функционирования у большей половины больных наблюдаются еще в продромальном периоде течения шизофренического процесса до экзоцербаций манифестного психоза и пролонгируются в клинически развернутой стадии заболевания.

7. В основу определения величины реабилитационного потенциала больных параноидной шизофренией необходимо положить создание эффективного баланса между психической жизнью пациента и уровнем социального функционирования, направленного на восстановление и развитие утраченных при шизофрении или оказавшихся неполноценными навыков, знаний и умений, так как, зачастую, основанием для хронизации болезненных состояний является не только наличие негативной и психопродуктивной симптоматики, а в большей степени результат взаимодействия с больным определяющих факторов внешней среды и социального окружения.

Исходя из результатов проведенных исследований было установлено, что количество больных добровольно обратившихся за стационарной психиатрической помощью и при этом не требующих госпитализации составило 38% от искомой исследуемой выборочной совокупности больных параноидной шизофренией (см. таблицу 5.2): адаптированная группа (АГ) с небредовыми психопатологическими мотивами (НПМ) $N_{НПМ}(АГ)=11\%$; компенсированная группа (КГ) с непсихопатологическими мотивами (НМ) ($N_{НМ}(КГ)=15\%$; Конфликтная группа (КоГ) с непсихопатологическими мотивами (НМ) $N_{НМ}(КоГ)=12\%$.

Проецируя полученные результаты на генеральную совокупность добровольно госпитализированных больных в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ») получаем, что количество добровольных госпитализаций в год составляет $\cong 1500$ человек (40,5% от 3700 госпитализированных), среди них $\cong 570$ госпитализаций не обусловлено клиническими показаниями. С учетом

альтернативных издержек на адекватные стационарзамещающие формы помощи и систему психосоциальной работы для данной когорты больных, стоимости 1 койко-дня и среднего значения времени, проведенного в стационаре возможно рассчитать экономическое бремя по больнице в целом от случаев добровольной госпитализации, не обусловленных клиническими показаниями для больных параноидной шизофренией. Проведенные исследования еще раз подтверждают мнение отечественных ученых о том, что треть госпитализаций больных шизофренией [75] (в нашем исследовании параноидной шизофрении – 38%) может быть предотвращена, благодаря развитию и модернизации амбулаторного звена социально-психиатрической помощи, а затраты на амбулаторное лечение и социальную работу (со ссылкой на приведенное исследование) практически втрое дешевле, чем стационарирование больных.

Ввиду того, что структура контингента психиатрических клиник, в которой доля «оседающих» (с длительностью более года) больных остается относительно постоянной (каждая пятая койка) при неизменно возрастающей доле «условно стационарного» контингента с возможностью получать необходимый объем лечения амбулаторно или в дневных стационарах, исследования, направленные на выявление контингента больных для которых возможен перенос оказания психиатрической помощи из стационарной во внебольничную среду (в условия «привычного» для больного социума) являются актуальными и значимыми.

Исходя из полученных значений 570 госпитализаций, не обусловленных клиническими показаниями стоимостью от 3000 до 5000 руб. в сутки пребывания в стационаре при средней продолжительности госпитализации около 70 дней, больница в год может экономить от 90 до 150 млн. руб. в год. Учитывая тот факт, что стоимость стационарного лечения в среднем в 4 раза дороже амбулаторной курации.

Проведенные исследования позволили сформулировать градиенты преобразований в условиях *новой модели психиатрической помощи*: трансформация собственного клинического мировоззрения врача-психиатра; организационные перемены в оказании стационарной и амбулаторной

психиатрической помощи; пересмотр психофармакологической парадигмы. В такой постановке необходимо «концептуальное» изменение терапевтического подхода с изменением клинического мировоззрения и мышления с физиологически ориентированного на социально-гуманитарное (врач – устранитель психоза → врач – восстановитель личностного и социального функционирования).

Основные клиничко-социальные аспекты совершенствования медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией в рамках данных изменений заключаются в следующем: переориентация направления психиатрической помощи на социальное функционирование, а не на ликвидацию психиатрической симптоматики «любым путем»; индивидуальный, а не стандартизированный подход к медикаментозной терапии и психосоциальным интервенциям; обязательное активное психотерапевтическое и психообразовательное сопровождение назначений лекарственных препаратов со стремлением к максимально эффективному комплаенсу; всестороннее использование современных пролонгированных форм, позволяющих стабилизировать плазменные концентрации, максимально снизить прием стигматизирующих ежедневных лекарств, а также минимизировать побочные эффекты, углубить и продлить длительность и качество ремиссии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В свете проводимых деинституциональных реформ, на фоне существующего в РФ дефицита врачей–психиатров и наличия ежегодной тенденции к снижению числа психиатрических коек ($\cong 2,7$ тыс.шт./год) возникает актуальная потребность в выделении из числа потенциальных пациентов психиатрического стационара когорты больных, для которых возможно клинически обоснованное, социально приемлемое и экономически эффективное применение современных подходов внебольничной психиатрии.

Характерной особенностью мотивов обращения за психиатрической помощью больных медико-реабилитационного отделения и дневного стационара

(контрольная группа – 50 больных) было отсутствие желания стационарирования «мотив лечиться амбулаторно, чтобы не попасть в стационар» (у 35% больных наблюдались различного рода экзогении и соматические заболевания, среди 30% больных в преморбиде отмечалась замкнутость, мнительность, ранимость, у 15% больных имелись гипертимные черты, у 12 % - эксплозивные, негативные симптомы у больных наблюдались от легких изменений личности до выраженных изменений с редукцией энергетического потенциала, психопатоподобные расстройства выявлены у 10%, аффективные нарушения – у 15%, галлюцинаторно-бредовые – у 45% больных, недостаточность социального функционирования в преморбиде и продроме болезни отмечалась уже у 65% больных (незаконченное образование (профессиональное, высшее), отсутствие постоянной работы, неудовлетворительные жилищные условия, проблемы в браке, либо в длительных отношениях), наличие преморбидных расстройств приводило в дальнейшем к возникновению дезадаптации в сфере самообслуживания и межличностных коммуникациях.

Уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией был сопряжен не только с выраженностью галлюцинаторно-бредовой и негативной симптоматики. Существенное влияние на социальный статус больных оказывала депрессия (64% от всех больных контрольной группы), выраженность которой по шкале Калгари составила в среднем $X_{cp}(CDSS) = 10,6 \pm 2,3$ баллов. В целом, для выявленных депрессивных состояний характерны размытость и нечеткость гипотимических признаков с преобладанием тревожных, апато-абулических и анэргических компонентов. При этом отмечают некоторые различия между выраженностью симптоматики депрессивного спектра и субъективным восприятием пациентами своего состояния. Этот феномен зачастую приводил к принятию нерациональных решений во многих социальных вопросах, препятствовал обращению за психиатрической помощью и решению вопроса о госпитализации. Эта характерная особенность выявленных депрессивных состояний обусловлена сочетанием собственно депрессии с резидуальными продуктивными (бредовые построения персекуторного и

ипохондрического содержания; псевдогаллюцинаторная симптоматика) и негативными расстройствами (апато-абулические и астено-анергические нарушения) основного заболевания – параноидной шизофрении.

Анализ результатов по шкале PSP позволил сделать вывод, что практически во всех сферах жизни больных наблюдаются признаки снижения социального функционирования. Это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. Оценка персонального и социального функционирования превысила средний уровень и достигла по выборке уровня 55 баллов по шкале PSP, что соответствует интервалу значительных затруднений в основных областях функционирования (социально полезная деятельность, отношения с близкими) или заметных поведенческих нарушений. Кроме того, более дифференцированный подход продемонстрировал заметное снижение качества жизни пациентов группы «с депрессией» в отношении с близкими ($t=2,13$, $p<0,05$) и в навыках самообслуживания ($t=2,07$, $p<0,05$).

При этом установлено, что всего 45% больных полностью удовлетворены психиатрической помощью, оказываемой в дневном стационаре и медико-реабилитационном отделении. Структура преобладающей неудовлетворенности проявилась следующим образом: проблемы в общении и взаимодействии (25%); трудоустройство, включая занятость в условиях трудовых мастерских (12%); недостаточным объемом социальных льгот по инвалидности (33%); результаты лечения (психофармакотерапия) (15%); результаты лечения (соматическая патология) (8%).

Изучение ценностно-потребностных функций амбулаторных больных параноидной шизофренией позволили сделать вывод, что у 40% больных клинические проявления параноидной шизофрении не соответствуют уровню их социальной адаптации. Эти проявления определялись нарушением мотивации, выступающей в роли «мотивационного дефекта» в структуре негативных расстройств (апатия, абулия, «снижение энергетического потенциала»), а также нарушением смыслообразующих функций, приводящим к появлению нелепых, амбитендентных, причудливых адаптационных мотивов. При этом выраженное

снижение социального статуса в первые несколько лет после начала заболевания (потеря работы, сужение круга общения, конфликтные ситуации) сочеталось с высоким уровнем субъективной удовлетворенности в сфере социального функционирования, что препятствовало формированию мотивации больных на преодоление существовавших трудностей.

Корреляционный анализ между уровнем социального функционирования больных параноидной шизофренией по шкале PSP и тяжестью симптоматики по шкале PANSS свидетельствует о том, что социальное функционирование больных значительно коррелировало с выраженностью как негативной ($\rho_s = -0,282$, $m = \pm 0,14$, $P \geq 0,95$), так и позитивной симптоматики ($\rho_s = -0,403$, $m = \pm 0,13$, $P \geq 0,95$). Для общей психопатологии коэффициент корреляции составил ($\rho_s = -0,34$, $m = \pm 0,14$, $P \geq 0,95$). Однако влияние негативной симптоматики оказалось значительно ниже. Это обстоятельство связано с активным проведением в условиях медико-реабилитационного отделения и дневного стационара психообразовательных программ, ориентированных на повышение ответственности пациента за свое здоровье и социальное функционирование.

Оценка уровня социального функционирования в зависимости от различных биологических, психопатологических и социально-психологических факторов позволила выявить значимые статистические корреляции между уровнем негативных и позитивных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования ($P > 0,95$, $t = 2,32$), аффективными нарушениями ($P > 0,95$, $t = 2,15$), количеством предшествующих госпитализаций ($P > 0,9$, $t = 1,96$) и длительностью заболевания ($P > 0,9$, $t = 1,79$). Данные признаки заболевания в условиях полустационарного режима психиатрической помощи являлись определяющими для формирования приспособительных возможностей больных, потенциальной трудоспособности и взаимоотношений с окружающими.

Установленная корреляционная взаимосвязь между количеством и длительностью госпитализаций, длительностью течения шизофренического процесса и уровнем социального функционирования, а также анализ взаимосвязи

длительности заболевания и возраста исследуемых больных позволили сделать вывод об относительной однородности динамических характеристик сформированной выборки. С возрастом у данного контингента больных наблюдается ослабление позитивной симптоматики, снижение частоты госпитализации и длительности пребывания в клинике. Снижение данного показателя зачастую связано еще и с возможным переводом пожилых людей в интернаты со специализированной помощью.

Рассмотрение данных аспектов показало, что при тяжелом непрерывном течении заболевания социальная дезадаптация связана с наличием биологических и психопатологических факторов, включая ранний возраст начала шизофренического процесса, нарастание и выраженность негативных расстройств, наличием более тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют биологические и социально-психологические факторы, такие как наследственная отягощенность, экзогении, соматическая патология и особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных определялось не клиническими факторами, а психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности.

Результаты корреляционного анализа показателей по шкале PSP и характеристик психического состояния по шкале PANSS позволили выделить значимое влияние негативной симптоматики на все основные области социального функционирования. Выраженность общей психопатологии и позитивных симптомов значительно ухудшает социально-полезную деятельность и коммуникативные навыки.

Отобранные больные основной группы (100 пациентов в т.ч. 56 женщин в возрасте от 20 до 75 лет (средний - 48 ± 13) и 44 мужчины в возрасте от 22 до 65 лет (средний - 43 ± 12)) наблюдались в мужских и женских участково-территориальных отделениях больницы в период 2014-2017 гг. На основе

проведенного клинического исследования клинико-социальных детерминант больных параноидной шизофренией было выделено три группы в зависимости от выявленных мотивов добровольной госпитализации. В каждой группе был проведен анализ клинико-социальных и психопатологических факторов, имеющих прямое отношение к принятию решения о стационарировании в психиатрический стационар.

Группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением (35 % от всех исследованных больных основной группы);

Группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38 %);

Группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой (27 %).

Наиболее распространенным мотивом добровольной госпитализации среди 18 больных 1-й группы была защита от переживаемого бредового воздействия, при этом ведущее место в клинической картине заболевания занимали явления вербального псевдогаллюциноза. Фабула бредовых переживаний была связана с содержанием «голосов» и представляла собой вариант галлюцинаторного бреда, чаще всего, преследования или воздействия.

У больных 2-й группы, несмотря на фактическое наличие бредовых расстройств, в основе мотивов добровольной госпитализации лежала коморбидная психопатологическая симптоматика: депрессивные расстройства – 12 больных, в т.ч. суицидальные тенденции – 6 больных и психогенные нарушения, возникшие, как реакция на предшествующую госпитализации психотравму – 3 больных; сенесто-ипохондрические расстройства – 6 больных; психопатоподобный синдром – 5 больных. Основной мотив обращения за помощью у данной группы больных заключается в желании избавиться от неприятного, тягостного, мучительного психического состояния, душевных страданий, мрачного пессимистического видения будущего и страхов близкой смерти.

Формирование мотивов добровольной госпитализации у больных 3-й группы происходило не за счет основной бредовой фабулы, а диктовалось, прежде всего, «объективной» необходимостью ухода от различного рода конфликтов в «сложных» социально-бытовых и профессиональных сферах, возникающих на фоне продуктивной симптоматики и дефицитарных нарушений. Особенностью больных данной группы являлось наличие защитного бредового поведения в виде сформированной стойкой системы нелепых суждений ритуального характера в отношении предстоящей госпитализации, своего состояния и состояния близких родственников, которое может ухудшиться в случае отказа от лечения и невыполнении назначений врача.

Проведенные сравнительные исследования выраженности позитивной и негативной симптоматики и уровня нарушений социального функционирования позволили выделить четкие соответствия клинических проявлений болезни и уровня социальной адаптации лишь у 68% больных (компенсированная и декомпенсированная группы $N_{\text{НМ}}(\text{КГ})=15\% + N_{\text{ПМ}}(\text{ДГ})=26\% + N_{\text{НПМ}}(\text{ДГ})=27\%$), тогда как у оставшихся 32% (адаптированная и конфликтная группы больных $N_{\text{ПМ}}(\text{АГ})=9\% + N_{\text{НПМ}}(\text{АГ})=11\% + N_{\text{НМ}}(\text{КоГ})=12\%$) клинические проявления параноидной шизофрении не соответствовали уровню их социальной адаптации (см. таблицу 5.2).

Оценка соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP позволила сформировать психосоциальный статус больных параноидной шизофренией и выделить на основании этого 4 группы социальной адаптации: **полное корреспондирование клинической и социальной адаптации - компенсированная группа** больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) (15%); **декомпенсированная группа** больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) (53%); **неадекватность клинических проявлений уровню социальной адаптации - адаптированная группа** больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования могли быть связаны с

галлюцинаторно-бредовыми переживаниями)) (20%); **конфликтная группа** (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация (12%).

Выбор граничных значений баллов по шкале PANSS обусловлен «неудовлетворительной» клинической оценкой состояния больного при условии $PANSS \geq 123$, а $1 \leq PSP \leq 70$ соответствует уровню от «сильно выраженных» до «заметных» нарушений в сфере персонального и социального функционирования.

Основными особенностями выявленных несоответствий у больных адаптированной группы являются наличие взаимосвязи ригидного (негибкого) паттерна социальной адаптации (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования) с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, обеспечивающими их «положительную» фиксацию, а у больных конфликтной группы, несмотря на низкий уровень клинических проявлений, наблюдалась выраженная социальная декомпенсация, обусловленная видимым снижением целенаправленной деятельности, игнорированием процесса продуктивного целеполагания, наличием слабого (инертного) уровня мотивационной активности, снижением побуждений, апатией при наличии потенциальных внутренних резервов личности.

С целью выявления социальных предикторов мотивов добровольной госпитализации (обращение за стационарной помощью) целевым (purposive) отбором были сформированы пары больных из опытной (стационарной) и контрольной (амбулаторной) групп для проведения сравнительного ретроспективного исследования соответственно по следующим признакам (пол больных; возраст; длительность заболевания, результирующий показатель субшкалы N (шкала PANSS))). Выбор в качестве одного из основных показателей для формирования пар и дальнейшего сравнительного анализа субшкалы N (шкала PANSS) обусловлен тем, что выраженность негативной симптоматики больных параноидной шизофренией напрямую связана с формированием адаптационно-мотивационного профиля и характеризуется выраженным снижением социального статуса, особенно в первые несколько лет заболевания

при сохраняющейся субъективной удовлетворенности качеством жизни. Далее произведен расчет коэффициент относительного риска соответствующего социального показателя (k) при формировании мотива добровольной госпитализации (обращение за психиатрической помощью в стационар), который определялся следующим соотношением $RR_k = N_k(+)/N_k(-)$, где $N_k(+)$ - количество дискордантных пар с наличием k-го показателя у госпитализированных больных и отсутствием у больных дневного стационара; $N_k(-)$ - количество дискордантных пар с отсутствием k-го показателя у госпитализированных больных и наличием у больных дневного стационара. Для определения значимости дихотомических оценок признаков сравнительного ретроспективного исследования в четырехклеточных таблицах сопряженности используется критерий Мак-Немара (англ. McNemar's test). В каждой группе сформированы оценочные пары и проведен анализ клинико-социальных и психопатологических особенностей амбулаторных и стационарированных пациентов. В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что определяющими факторами для формирования мотивов добровольного стационарирования являлись уровень негативных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания. При тяжелом непрерывном течении заболевания формирование мотивационного профиля добровольной госпитализации связано с наличием следующих биологических и психопатологических факторов: ранний возраст начала шизофренического процесса; нарастание и выраженность негативных расстройств; наличие тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики. В случаях более легкого течения заболевания доминируют следующие биологические и социально-психологические факторы: наследственная отягощенность; экзогении; соматическая патология; особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных в большей степени определялось качеством социальных контактов, психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования и общения, трудовой и досуговой

занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности. Исходя из полученных значений для условий стационарирования больных параноидной шизофренией в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» - 570 госпитализаций, не обусловленных клиническими показаниями стоимостью от 3000 до 5000 руб. в сутки пребывания в стационаре при средней продолжительности госпитализации около 70 дней, больница в год может экономить от 90 до 150 млн. руб. Учитывая тот факт, что стоимость стационарного лечения в среднем в 4 раза дороже амбулаторной курации.

Всесторонний анализ направленности, характера и степени выраженности уровня социальной дезадаптации позволяют решить вопрос о реализации определенного вида психосоциального воздействия, сформировать целевые и временные ориентиры лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций: психообразование; когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческая терапия; тренинг социальных навыков.

На основе результатов проведенного исследования для больных группы (параноидные мотивы) доказана целесообразность проведения психосоциальных лечебно-реабилитационных интервенций в виде *когнитивной ремедиации*, позволяющей в рамках реализуемой реабилитационной модели достичь значительных улучшений психосоциального статуса больных. Основной задачей когнитивной ремедиации в данной группе больных является минимизация негативных реакций от возникших качественно-количественных когнитивных нарушений («искажение-дефицит») продуктивной и негативной симптоматики на результаты повседневного функционирования и мотивацию (в т.ч. самостоятельное обращение за психиатрической помощью), а также обобщение и распространение полученных знаний и навыков в привычной социальной среде.

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы небредовые психопатологические мотивы (НПМ) направлены на

облегчение симптомов, обусловленных эмоционально-волевыми и аффективными нарушениями, а также уменьшение частоты, длительности и тяжести депрессивных эпизодов. В данной постановке были применены социально-когнитивные методы *когнитивно-поведенческой психотерапии*, позволяющие осуществить изменение болезненных когнитивных схем (когнитивный компонент) - «ошибок мышления», интерпретативные схемы которых приводят к самостоятельному обращению за психиатрической помощью, в том числе, не обусловленной клиническими показаниями (поведенческий компонент).

Психосоциальные интервенции и реабилитационные мероприятия для больных группы непсихопатологические мотивы ((НМ) определяют необходимость в улучшении широкого спектра социальных показателей, которое возможно достичь посредством реализации тренинга социальных навыков, позволившего улучшить возможности нормального усвоения информационных сведений от существенных социальных воздействий с последующим тождественным откликом в надлежащей обстановке. При этом затрагивались когнитивные механизмы целеполагания, преобразования ролевого статуса и регулярных повторений с соответствующей позитивной поддержкой и положительной корректирующей обратной связью.

Сравнительная оценка показателей эффективности реализации медико-социальных интервенций для групп больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью в разрезе ретроградного и антероградного периода наблюдений равных 3 года позволила установить, что частота психотических приступов в группе ПМ (параноидные мотивы) существенно не изменилась при достаточно значимом снижении количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью с $1,6 \pm 0,2$ до $1,4 \pm 0,3$ ($t > 2$, $P > 0,95$). В группе НПМ (небредовые психопатологические мотивы) наблюдается обоюдное снижение как частоты психотических приступов с $1,9 \pm 0,3$ до $1,7 \pm 0,4$ ($t > 2$, $P > 0,95$), так и количества самостоятельных обращений с $1,3 \pm 0,1$ до $1,2 \pm 0,2$ ($t > 2$, $P > 0,95$). В то же время для группы НМ (непсихопатологические мотивы) достичь статистически достоверного снижения

количества самостоятельных обращений за психиатрической помощью при наблюдаемом регрессе частоты психотических приступов $1,2 \pm 0,12$ до $1,1 \pm 0,11$ ($t > 2$, $P > 0,95$) в исследуемый промежуток времени не удалось. Вместе с тем снизилась длительность госпитализаций в группах НПМ (небредовые психопатологические мотивы) и НМ (непсихопатологические мотивы) (с 72 ± 9 до 67 ± 6 и с 38 ± 4 до 34 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно) при одновременном увеличении количества дней амбулаторного лечения с 53 ± 4 до 59 ± 9 и с 42 ± 8 до 48 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно. Притом повышение длительности ремиссии обнаружилось только лишь в группе НПМ (небредовые психопатологические мотивы) с $0,62 \pm 0,25$ до $0,73 \pm 0,19$ ($t > 2$, $P > 0,95$). В клиническом аспекте степень выраженности аффективной (депрессивной) симптоматики по шкале CDSS снизилась в группах НПМ (небредовые психопатологические мотивы) и НМ (непсихопатологические мотивы) (с $10,2 \pm 1,4$ до $9,0 \pm 1,6$ и с $7,3 \pm 0,8$ до $6,6 \pm 0,9$ ($t > 2$, $P > 0,95$) соответственно), а психопатологическая симптоматика по шкале PANSS достоверно сократилась только лишь в группе НМ (непсихопатологические мотивы) с 91 ± 4 до 87 ± 6 ($t > 2$, $P > 0,95$).

Таким образом, дифференцированную эффективность терапевтических подходов и выбор индивидуальной программы ведения больных, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью необходимо осуществлять на основе комплексного анализа клинико-социальных факторов в отношении именно тех расстройств, которые вызывают у больных потребность в госпитализации и обуславливающих соответствующие мотивы обращения;

На основе выделения групп пациентов с различными мотивами самостоятельного обращения за психиатрической помощью возможна разработка направленных психосоциальных воздействий, в которых, учитывая особенности клинического состояния, производится оценка объема предоставляемой помощи указанному контингенту больных.

ВЫВОДЫ

В ходе проведенных исследований дано решение актуальной научной задачи, заключающейся изучение клинико-социальных факторов и мотивов «неклинической» госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью и разработка подходов к комплексной помощи данному контингенту больных.

1. В ходе проведенных исследований было установлено, что социальное функционирование больных параноидной шизофренией определяется в большей степени не клиническими факторами, а психологическим климатом в ближайшем окружении, уровнем досуговой занятости, степенью владения навыками самообслуживания. В такой постановке поводом для стационарирования больных оказывается не обострение основного заболевания, а вторичное нарушение психики, имеющее психогенную обусловленность или сложная социальная ситуация, а также может быть сопряжено с факторами, не имеющими отношения к галлюцинаторно-бредовым переживаниям, которые, зачастую, являются неклиническими (социальными) и в этом случае добровольная госпитализация больных параноидной шизофренией является клинически необоснованной.

2. На основе проведенного исследования клинико-социальных коррелят, психопатологических предикторов и коморбидных депрессивных расстройств больных параноидной шизофренией было выделено три группы мотивов самостоятельного обращения за психиатрической помощью. Группа I. Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением (35 % от всех исследованных больных основной группы); Группа II. Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой (38 %); Группа III. Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой (27 %).

3. Проведенный анализ влияния клинических и социальных факторов на формирование психосоциального статуса и групп социальной адаптации больных

параноидной шизофренией позволил выявить соответствия клинических показателей по шкале PANSS уровню социальной адаптации по шкале PSP и выделить 4 группы социальной адаптации больных: компенсированная группа больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) (15%); декомпенсированная группа больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) (53%); адаптированная группа больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией (профессиональная деятельность и/или условия социального функционирования могли быть связаны с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями)) (20%); конфликтная группа (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация (12%).

4. Оценка величины относительного риска для соответствующих клинико-социальных показателей позволила определить первопричину возникновения неблагоприятных клинических, социальных и мотивационных факторов самостоятельного обращения за психиатрической помощью для различных групп больных параноидной шизофренией. Для больных первой группы (параноидные мотивы) факторами уязвимости являются условия проживания и социально-бытовые условия, а также трудовой статус и уровень материальной обеспеченности. Для второй группы больных (небредовые психопатологические мотивы) фактором уязвимости является аффективная (депрессивная) симптоматика, а для третьей группы (непсихопатологические мотивы) специфичными являются взаимоотношения с близкими, уровень общения и качество социальных контактов. В такой постановке выявление данных проблемных зон позволило рекомендовать прицельные виды психосоциальных интервенций для определенного мотивационного профиля больных.

5. Разработанные формальные критерии госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью заключаются в следующем. Обязательной госпитализации подлежат больные адаптированной и декомпенсированной групп, у которых фабула продуктивной симптоматики сопряжена с наличием параноидных мотивов и

декомпенсированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами. При этом для больных адаптированной группы с небредовыми психопатологическими мотивами и больных компенсированной и конфликтной групп с непсихопатологическими мотивами с высоким уровнем эффективности реализации лечебно-реабилитационных психосоциальных интервенций госпитализация является клинически необоснованной, а следовательно, этот контингент больных может проходить лечение в амбулаторном звене психиатрической помощи. Определение соотношений дискордантных пар для различных клинико-социальных факторов уязвимости в мотивационных группах самостоятельного обращения за психиатрической помощью у больных параноидной шизофренией позволило осуществить их статистически значимое распределение для последующей реализации психосоциальных интервенций (когнитивная ремедиация; когнитивно-поведенческой психотерапия; тренинг социальных навыков). Реализация предложенных психосоциальных воздействий, позволила оптимизировать объем психиатрической помощи больным, непосредственно улучшив ее качество при существенном снижении уровня экономических затрат на ее оказание.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработку и внедрение социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе необходимо осуществлять на основе установленной структуры клинико-социальных факторов, влияющих на самостоятельное обращение за психиатрической помощью и социальное функционирование больных параноидной шизофренией, что позволит уменьшить число регоспитализаций и снизит уровень госпитализма со значительным экономическим эффектом.

2. Определение круга основных проблем-мишеней медико-социальной работы рекомендуется осуществлять на базе анализа персонального и социального функционирования больных параноидной шизофренией с учетом существующих мотивационных компонент самостоятельного обращения за

психиатрической помощью и степени участия больных в медико-реабилитационных мероприятиях.

3. Классификация психосоциального статуса больных параноидной шизофренией (компенсированная; декомпенсированная; адаптированная; конфликтная группы) может быть использована для определения направленности внебольничных психосоциальных интервенций в разрезе личностно-социальных и реабилитационных компонент, что приведет сокращения количества госпитализаций и длительности пребывания больных параноидной шизофренией в стационарном звене психиатрической помощи.

4. В амбулаторном звене для пациентов с частыми самостоятельными обращениями за стационарной психиатрической помощью и длительными госпитализациями в анамнезе необходимо расширить возможности терапевтического процесса путем оказания экстрамуральной психиатрической помощи, ассоциированной с местом жительства и специфичным для больных социальным окружением. При этом оказание реабилитационной и медико-социальной психиатрической помощи в амбулаторной и внебольничной среде необходимо осуществлять в активном сообщничестве с пациентом и его ближайшим окружением для эффективного преодоления резидуальной психопатологической симптоматики, потенциального повышения уровня социальной адаптации и социальной поддержки, а также нормализации и оздоровления коммуникативных связей с ближайшими родственниками. Всестороннее вовлечение пациентов в активную социальную деятельность является предиктором эффективного реабилитационного процесса и предупреждает неминуемое нарастание негативной симптоматики.

5. Для достижения более адекватной, соответствующей клинико-социальному состоянию, самостоятельной обращаемости за стационарной психиатрической помощью и эффективной ассимиляции больных параноидной шизофренией в сообщество возникает объективная необходимость в заблаговременной психосоциальной реабилитации, так как ухудшение навыков социального функционирования, как одна из базовых причин обращения в

стационар, у большей половины больных наблюдаются еще в продромальном периоде течения шизофренического процесса до экзоцербаций манифестного психоза и пролонгируются в клинически развернутой стадии заболевания.

6. В основу определения величины реабилитационного потенциала больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, необходимо положить создание эффективного баланса между психической жизнью пациента и уровнем социального функционирования, направленного на восстановление и развитие утраченных при шизофрении или оказавшихся неполноценными навыков, знаний и умений, так как, зачастую, основанием для стационарирования и хронизации болезненных состояний является не только наличие негативной и психопродуктивной симптоматики, а в большей степени результат взаимодействия с больным определяющих факторов внешней среды и социального окружения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
2. ГОСТ Р 7.0.11-2011 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Диссертация и автореферат диссертации. Структура и правила оформления.- М.: Стандартинформ, 2012.- 11с.
3. Аведисова, А.С. Мотивы отказа больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии / А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов, В.И. Бородин, Г.К. Дашкина // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2009.- т.11, №2. - С. 6-13.
4. Бабушкина, Е.И. Медико-организационные и экономические аспекты оптимизации госпитализации больных с шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук:14.02.03 / Бабаушкина Екатерина Ивановна. - Екатеринбург, 2011.- 24с.
5. Баймурадова, Э.А. Использование статистических методов при анализе обусловленности здоровья населения. В сборнике: «Меняющийся мир официальной статистики здравоохранения: субъектность & глобализм» / Э.А. Баймурадова, В.С. Полунин, Н.В. Полунина // Материалы Третьего съезда медицинских статистиков города Москвы. Москва. - 2021. - С. 16-17.
6. Банин, И.Н. Модели поведения пациентов, связанные с принятием решения о необходимости обращения за медицинской помощью / И.Н. Банин, С.Н. Черкасов, О.Е. Коновалов, А.В. Шулаев, И.М. Алиев // Вестник современной клинической медицины. 2025. Т. 18. № 4. С. 107-112.
7. Баскакова, С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами / С.А. Баскакова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - №2. - С. 88-96.
8. Богомолов, В.А. Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований / В.А. Богомолов, С.Н. Ениколопов // Терапия психических расстройств. - 2008. - №1. - С. 20-26.
9. Боровиков, В.П. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов / В.П.Боровиков - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Питер, 2003.- 688с.
10. Бородин, В.И. Субъективная удовлетворенность психиатрической помощью у пациентов и их родственников (по данным анонимного анкетирования) / В.И. Бородин, Е.В. Мальцева, О.М. Ягина // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2023. № 6. С. 108-114.
11. Бочеева, Е.А. Аффективная патология как проблема медико-социальной экспертизы / Е.А. Бочеева, Ю.С. Худина, Н.В. Полунина, Ю.Н. Кожухина, О.И. Фастунова // Практическая медицина. - 2018. - № 9. - С. 78-81.
12. Бочеева, Е.А. Комплексные проблемы медико-социальной экспертизы в психиатрическом аспекте / Е.А. Бочеева, Н.В. Полунина., Ю.С. Худина, Ю.Н. Кожухина, О.И. Фастунова // В сборнике: Психиатрия - медицина и искусство.

- материалы региональной научной конференции. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. - 2019. - С. 16-18.
13. Бочеева, Е.А. Проблемы психиатрической классификации в медико-социальной экспертизе / Е.А. Бочеева, Н.В. Полунина, Ю.С. Худина, О.И. Фастунова // Практическая медицина. - 2017. - т. 2., №1(102). - С. 12-14.
14. Букреева, Н.Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы Российской Федерации /Н.Д. Букреева // Психическое здоровье. – 2014. - № 9(100). – С. 3-10.
15. Бурыгина, Л.А. Клиническая эффективность психообразовательной программы у больных параноидной шизофренией в процессе длительной амбулаторной терапии / Л.А. Бурыгина Ю.В. Ушаков, Е.Е. Кузнецова, С.Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007.- т.107, №7.- С. 61-67.
16. Бурыгина, Л.А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно – психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Бурыгина Лариса Андреевна. - М., 2013. - 24с.
17. Бурыгина, Л.А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями /Л.А. Бурыгина, Ю.В. Ушаков, С.Н. Мосолов // Терапия психических расстройств. - 2009. - №3. - С.19-26.
18. Былим, И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.06 / Былим Игорь Анатольевич. - М., 2010. - 48с.
19. Васильева, Е.А. Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Сообщение 1 / Е.А. Васильева //Социальная и клиническая психиатрия. - 2006. - т.16, №2. - С. 15-20.
20. Васильева, Е.А. Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями. Сообщение 2 / Е.А. Васильева //Социальная и клиническая психиатрия. - 2007.- т.17, №1.- С. 10-13.
21. Васильева, Е.А. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с высокой, не обусловленной клиническими показаниями, обращаемостью в психиатрические учреждения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Васильева Екатерина Александровна - М., 2006. - 24с.
22. Винидиктова, Г.И. Дифференциация контингентов больных и замещающая госпитализацию больных функция дневного стационара / Г.И. Винидиктова, Л.Я. Висневская // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - т.24, №2.- С.29-32.

23. Вишневская, О.А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии /О.А. Вишневская, А.Н. Гвоздецкий, Н.Н. Петрова //Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - т.22, №4. - С.30-36.
24. Волчкова Т.Ф. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией в условиях дневного стационара: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 /Волчкова Татьяна Федоровна - Томск, 2013. - 26 с.
25. Волчкова, Т.Ф. Дифференцированные реабилитационные программы для пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией /Т.Ф. Волчкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - №4. - С.34-39.
26. Волчкова, Т.Ф. Уровни социальной адаптации пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией /Т.Ф. Волчкова, Ю.В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. - №3(66). - С.19-23.
27. Галушка И.В. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией с длительным течением заболевания. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Галушка Ирина Владимировна - М., 2012.- 24 с.
28. Гебель К.М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Гебель Кира Манфредовна - С-Пб., 2009.- 25с.
29. Грабишин А.С. Государственные (муниципальные) услуги в сфере здравоохранения: оценка социально – экономической эффективности. Автореф. дисс. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Грабишин Александр Сергеевич - М., 2013.- 20с.
30. Гришина, Н.К. К вопросу интеграции амбулаторного психиатрического модуля в оказании специализированной помощи больным / Н.К. Гришина, А.Ю. Тер-Исраелян, Т.Е. Евдокимова, А.А. Загоруйченко // Менеджер здравоохранения. 2020. № 3. С. 37-43.
31. Гурович, И.Я. Recovery (лично-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи / И.Я. Гурович, Н.Г. Шашкова, Л.Я. Висневская, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.-т.23, №2.- С.89-95.
32. Гурович, И.Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» /И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, Я.А. Сторожакова //Социальная и клиническая психиатрия.- 2008.- т.18, №2.- С.7-14.
33. Гурович, И.Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки/ И.Я. Гурович, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия.- 2015.-т.25, №2. - С.9-18.
34. Гурович, И.Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки / И.Я. Гурович, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 25, № 2. – С. 9–17.
35. Гурович, И.Я. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи) / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Г.П.

- Костюк, А.В. Нарышкин // Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.-т.23, №3.- С.48-54.
36. Гурович, И.Я. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Г.П. Костюк, А.В. Нарышкин //Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.- т.23, №2.- С.5-14.
37. Гурович, И.Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России /И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фуросов //Социальная и клиническая психиатрия.- 2012.- т.22, №1.- С.5-19.
38. Гурович, И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - т.24, №1. - С.5-9.
39. Гурович, И.Я. Новая организационная форма оказания психиатрической помощи: отделение настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.А. Уткин, О.Н. Степанова, А.Д. Шеллер, Н.Б. Турушева //Социальная и клиническая психиатрия.- 2006.- т.16, №3.- С.94-98.
40. Гурович, И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И.Я. Гурович, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2007.- т.17, №4.- С.78-85.
41. Гурович, И.Я. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2008.- т.18, №4.- С.34-39.
42. Гурович, И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект / И.Я. Гурович //Социальная и клиническая психиатрия.- 2005.-т.15, №4.- С.12-17.
43. Гурович, И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия.- 2007.- т.17, №1.- С.5-9.
44. Гурович, И.Я. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи / И.Я. Гурович, В.Н. Краснов А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия.- 2015.-т.25, №3. - С.5-9.
45. Гурович, И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия.- 2012.- т.22, №4.- С.5-9.
46. Давидов, Д.Р. Совершенствование медицинской коммуникации при оказании психиатрической помощи / Д.Р. Давидов, А.С. Москвичева, И.Б. Шикина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2025. Т. 20. № 2. С. 194-202.
47. Дегтев В.П. Отношение к госпитализации и приспособительное поведение у больных с параноидной шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Дегтев Валерий Павлович - С-Пб., 2008.- 21с.
48. Дорофейкова, М.В. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция / М.В.Дорофейкова, Н.Н. Петрова // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 1. – С.2-9.
49. Друзь, В.Ф. Одиноко проживающий пожилой психически больной в обществе (социально-психологический и социально-бытовой аспекты) / В.Ф.

- Друзь, И.Н. Олейникова, М.И. Шлафер, Л.В. Алимова, Н.Д. Каштанова // Психическое здоровье. - 2015.- №1 – С. 43—50.
50. Жданок Д.Н. Клинико-коммуникативные нарушения и социальная дезадаптация при параноидной шизофрении. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Жданок Дмитрий Николаевич - Томск, 2013.- 26с.
51. Здоровье населения, методы его изучения и оценки / Под ред. академика РАН, профессора Н.В. Полуниной. – М.: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. - 2020. – 151с.
52. Зинчук М.С. Негативные расстройства и качество жизни больных шизофренией (клинический, адаптационный и терапевтический аспекты). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Зинчук Михаил Сергеевич - Томск, 2013.- 24с.
53. Каган, В. Проблема деинституционализации. Матер. форума НПА России / В. Каган // Независимый психиатрический журнал. - 2010. - №4. С.74-80.
54. Казаковцев, Б.А. Современные подходы к организации деятельности по оказанию психиатрической помощи / Б.А. Казаковцев, О.А. Макушкина, С.В. Шпорт // Социальная и клиническая психиатрия. 2023. Т. 33. № 3. С. 52-68.
55. Казаковцев, Б.А. Развитие психиатрических служб и динамика заболеваемости психическими расстройствами в России за 25 лет / Б.А. Казаковцев, К.Н. Шаклеин, О.В. Сидорюк // Психическое здоровье. 2022. Т. 17. № 10. С. 3-8
56. Казаковцев, Б.А. Обеспеченность амбулаторных служб должностями врачей психиатров и психотерапевтов / Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева, А.В. Яздовская // Психическое здоровье. - 2014. - №3. - С. 3-8.
57. Калинина, Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру / Е.В. Калинина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2014. - №10. - С. 66-72.
58. Карякина, М.В. Когнитивные нарушения при шизофрении: мнение группы экспертов о современном состоянии проблемы / М.В. Карякина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. - Т. 32. № 3. - С. 83-90.
59. Карякина, М.В. Проблема социального поведения пациентов с шизофренией / М.В. Карякина, П.А. Понизовский, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2023. - Т. 33. № 2. - С. 59-68.
60. Кирьянова, Е.М. Проблема сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальные особенности и возможные пути преодоления) / Е.М. Кирьянова, Д.Ю. Ткачев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - т.18, №3. - С.56-60.
61. Кирьянова, Е.М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных - важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е.М. Кирьянова, Л.И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - т.20, №3.- С.73-75.
62. Костюк, Г.П. Опыт применения стационарозамещающих технологий в системе психиатрической помощи за рубежом (аналитический обзор) / Г.П.

- Костюк, Л.А. Бурыгина, А.Ю. Березанцев, В.В. Сурикова // Психическое здоровье. 2021. № 6. С. 41-48.
63. Коцюбинский, А.П. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе /А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.- 2012 .- №3. - С.9-17.
64. Коцюбинский, А.П. Проблемы современной диагностики психических расстройств / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Ю.В. Мельникова, И.О. Аксенова //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2012.- №4.-С.7-11.
65. Коцюбинский, А.П. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом /А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, А.Н. Еричев //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2013. - №1.- С.6-15.
66. Коченов, М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении / М.М. Коченов, В.В. Николаева. — М.: МГУ, 1978. — 88 с.
67. Кузнецова С.Л. Факторы психосоциальной адаптации и реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 /Кузнецова Светлана Леонидовна - С-Пб., 2012.- 28с.
68. Куимова А.А. Социально-трудовая адаптация больных приступообразной (шубообразной) шизофренией по данным клинко-эпидемиологического исследования. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Куимова Алла Андреевна - Челябинск, 1994г.- 17с.
69. Лаврентьев, А.В. Особенности психологического реагирования на болезнь родственника (первый психотический эпизод) /А.В. Лаврентьев // Бюллетень медицинских интернет-конференций.- Саратов: Наука и инновации, 2013. - №3.- С.279-282.
70. Лимакин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 /Лимакин Олег Васильевич - М., 2007.- 24с.
71. Лутова, Н.Б. Бремя семьи и семейная стигма у родственников пациентов с шизофренией / Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, М.Ю. Сорокин // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. - Т. 30. № 4. - С. 22-27.
72. Лутова, Н.Б. Сознание болезни и комплаенс больных психозами / Н.Б. Лутова, И.Н. Петровская, В.Д. Вид // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.-2014.- №1.- С.10-15.
73. Любов, Е.Б. О совещании европейского союза семей душевнобольных (EUFAMI) /Е.Б. Любов //Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - т.19, №4.- С.109.
74. Любов, Е.Б. Стационарные пациенты о своих потребностях и удовлетворенностью психиатрической помощью /Е.Б. Любов, Е.Ю. Антохин, О.Г. Бычкова, И.А. Былим, И.А. Гусынин // Независимый психиатрический журнал. - 2012. - №2. - С.28-32.
75. Любов, Е.Б. Стоимостный анализ шизофрении в России / Е.Б. Любов, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, С.А. Чапурин, Ю.Ю. Чурилин, И.А. Билим, А.К. Гажа,

- В.В. Доронин, А.М. Косов, Ю.Л. Петухов, П.Н. Фадеев //Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. -2013. - №1. - С.7-19.
76. Любов, Е.Б. Экономическое бремя шизофрении в России / Е.Б.Любов, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, С.А. Чапурин, Ю.Ю. Чурилин, И.А. Былим, А.К. Гажа, В.В. Доронин, А.М. Косов, Ю.Л. Петухов, П.Н. Фадеев //Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. - т.22, №3. - С.36-42.
77. Магнитская К.Б. Социальная адаптация больных приступообразной шизофренией /клинико-эпидемиологическое исследование/ Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Магнитская Ксения Борисовна - М., 1988.- 20с.
78. Мадорский, В.В. Эффективность различных стратегий психореабилитации при шизофрении / В.В. Мадорский //Терапия психических расстройств.- 2012.- №4.- С.27-35.
79. Маломан, И.С. Тренинг независимого проживания у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / И.С.Маломан // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. - Т. 32, № 1. - С. 41-46.
80. Марачев, М.П. Социоэкономические проблемы недовыявления тревожных расстройств и модели поиска психиатрической помощи / М.П. Марачев, И.А. Аркуша, К.В. Захарова, М.С. Зинчук, А.С. Аведисова // Российский психиатрический журнал. 2022. № 2. С. 4-14.
81. Медведев С.Э. Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Медведев Сергей Эрнстович - С-Пб., 2009.- 24с.
82. Мельникова Ю.В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Мельникова Юлия Владимировна - С-Пб., 2008.- 22с.
83. Меметов, С.С. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы на современном этапе в российской федерации. / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.С. Полунин, Н.Н. Соловьева, И.В. Лялина // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2018. - № 3. - С. 9-15.
84. Милушкина, О.Ю. Проблемы охраны зрения в современных условиях и пути их решения / О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина, С.В. Маркелова, А.П. Цамерян, Н.О. Сапунова, К.В. Цепляева. // В сборнике: Актуальные проблемы охраны здоровья и безопасности детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Москва, 2019. - С. 227-232.
85. Митихин, В.Г. Популяционные модели психического здоровья населения России: оценка влияния условий жизни и ресурсов психиатрической помощи / В.Г. Митихин, В.С. Ястребов, И.А. Митихина //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. –т. 117, №11. - С 5-12.
86. Митихина, И.А. Психическое здоровье населения российской федерации в период 1992-2010 гг. / И.А. Митихина, В.Г. Митихин, В.С. Ястребов, О.В. Лиманкин //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013.- т.113, №9.- С.4-13.

87. Молчанова, Е. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией / Е. Молчанова, Т. Авдошина // Социальная и клиническая психиатрия.- 2007.- т.17, №1.- С.14-18.
88. Морогин, В.Г. Процесс мотивации в норме и при психической патологии / В.Г. Морогин // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2006. - №2(53). – С. 98-115.
89. Морозов, В.А. Связь социальных когний и негативной симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра / В.А. Морозов, М.В. Карякина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2023. - Т. 33, № 2. - С. 69-81.
90. Мосолов, С.Н. Валидизация стандартизированных клиничко-функциональных критериев ремиссии при шизофрении/ С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, А.А. Шафаренко, А.Б. Костюкова, И.Н. Забелина // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011.- т.21, №3.- С.36-42.
91. Мосолов, С.Н. Стандартизированные клиничко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация / С.Н. Мосолов, А.В. Потапов, Ю.В. Ушаков // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012 - №2. – С 9-19.
92. Мурашко, А.А. Мультидименсиональная концепция непрерывности оказания психиатрической помощи / А.А. Мурашко // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32. № 3. С. 91-97.
93. Незнанов, Н.Г. Куда идешь? / Н.Г. Незнанов, П.В. Морозов, И.А. Мартыхин // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2011. - т.13, №4, С.4-9.
94. Неретин, Е.С. Разработка отечественной версии социально-когнитивного тренинга больных шизофренией с использованием технологии виртуальной реальности / Е.С. Неретин, Ф.А. Колокольников, А.В. Новиков, Е.М. Лунев, М.В. Карякина, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. - Т. 32, № 1. - С. 28-33.
95. Остроглазов, В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности», и «процесс»? / В.Г. Остроглазов // Независимый психиатрический журнал.- 2006.- №1.- С.27-32.
96. Палин, А.В. Инновационная психообразовательная программа для пациентов с расстройствами шизофренического спектра на стационарном этапе оказания психиатрической помощи / А.В. Палин, Н.А. Сирота // Психическое здоровье. 2025. Т. 20. № 4. С. 3-13
97. Палин, А.В. Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией - условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса/ А.В. Палин, О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. Т. 30, № 2. - С. 96-103.
98. Папсуев, О.О. Опыт взаимодействия психиатрической службы и комплексного центра социального обслуживания / О.О. Папсуев, Л.Я. Висневская, В.А. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия.-2008.- т.18, №4.- С.69-72.
99. Папсуев, О.О. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения:

- нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты / О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, М.В. Миняйчева, Б.Б. Фуросов, Ю.С. Зайцева, Э.В. Голланд // Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.- т.23, №3.- С.5-13.
100. Петрова, Н.Н. К вопросу об особенностях ремиссии параноидной шизофрении, протекающей с депрессией/ Н.Н. Петрова, О.А. Вишневская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.- 2014.- №2. - С. 70-76.
101. Полунина, Н.В. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья населения /Н.В. Полунина, Ю.П. Пивоваров, О.Ю. Милушкина // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2018. - №5. - С. 5-13.
102. Полунина, Н.В., Полунин В.С., Тептин С.Е. Изучение удовлетворенности пациентами и их родственниками качеством условий пребывания в отделении сестринского ухода. /Н.В. Полунина, В.С. Полунин, С.Е. Тептин // Российский медицинский журнал. - 2019. - Т. 25, № 2. - С. 70-75.
103. Проценко, И.В. Исследование качества жизни больных с хроническими психическими расстройствами / И.В. Проценко, Н.Е. Максимова, Л.А. Мурашова, Е.В. Ульянова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. Т. 30, № 2. - С. 37-41.
104. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с.
105. Равич-Щербо, И.В. Психогенетика. Учебник для вузов / И.В. Равич-Щербо, Т.В. Марютина, Е.Л. Григоренко. - М.: Аспект Пресс, 2000. - 447 с.
106. Рахмазова, Л.Д. Клинико-социальная адаптация пациентов с психозами и состояниями слабоумия / Л.Д. Рахмазова, А.А. Агарков, Н.А. Васильева, И.В. Петрачков, Т.В. Погорелова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2014.- №2(83).- С.9-13.
107. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ СТАТИСТИКА / О.Ю. Реброва; М: Издательство Медиа Сфера, 2002. - 305 с.
108. Ротштейн, В.Г. Новый этап в психиатрическом образовании пациентов и членов их семей / В.Г. Ротштейн, М.С. Кулик // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.- 2009.-т.11, №3. - С.46-47.
109. Руденко, С.Л. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении / С.Л. Руденко, О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.- т.23, №1.- С.27-33.
110. Руженков, В.А. Проблемы недобровольной госпитализации и лечения больных шизофренией / В.А. Руженков, Н.А. Щербак //Успехи современного естествознания. - 2006. - №6.- С.12-15.
111. Рукина Н.Ю. Сравнительные клинические и социально-адаптационные характеристики больных шизофренией (1987—2007 гг.). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 /Рукина Наталья Юрьевна - Томск, 2012.- 22с.

112. Рычкова, О.В. Нарушения социальных навыков и социального поведения при шизофрении (анализ подходов для обоснования интервенций) /О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2023. Т. 33, № 2. - С. 100-109.
113. Савельева, О.В. Клинико-организационные аспекты медико-реабилитационной работы в психоневрологическом диспансере / О.В. Савельева, Н.Н. Петрова, Л.Г. Серазетдинова //Социальная и клиническая психиатрия.- 2014.- т.24, №3.- С. 24-29.
114. Савенков, О.А. К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии и путях его разрешения / О.А. Савенков // Независимый психиатрический журнал.- 2009.- №4.- С.19-21.
115. Саркисян, Г.Р. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) / Г.Р. Саркисян, И.Я. Гурович, Р.С. Киф // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – т 20, № 3. – С. 13–19.
116. Светличная Т.Г. Отношение социума к лицам с психическими расстройствами и психиатрической помощи / Т.Г. Светличная, Е.А. Смирнова // Биоэтика. 2024. Т. 17. № 2. С. 41-47.
117. Семенова, Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации / Н.Д. Семенова //Социальная и клиническая психиатрия. - 2010.- №1.- С.52-63.
118. Семенова, Н.В. Состояние и проблемы стационарной психиатрической помощи в Ленинградской области / Н.В. Семенова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012.- №2. – С. 55-59.
119. Семенова, Н.Д. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I / Н.Д. Семенова, Б.Б. Фурсов //Социальная и клиническая психиатрия.- 2013.- т.23, №1.- С.34-39.
120. Семенова, Н.Д. Комплексный подход к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике: психофармакотерапия, психосоциальные вмешательства и мотивация к лечению / Н.Д. Семенова, Л.А. Бурыгина, А.В. Палин, М.И. Матросова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. - Т. 29, № 3. - С. 45-50.
121. Семенова, Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении / Н.Д. Семенова //Социальная и клиническая психиатрия.- 2009.- т.19, №2.- С.76-82.
122. Семенова, Н.Д. Повышение уровня мотивации при шизофрении: использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции /Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2012.- т.22, №1.- С.80-87.
123. Семенова, Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра /Н.Д. Семенова, И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия.- 2014.- т. 24, № 4.- С. 31-36.
124. Софронов, А.Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция

- / А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П.Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 33–37.
125. Софронов, А.Г. Оценка нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования при комплексной терапии больных шизофренией / А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П. Савельев, Ю.А. Парфенов // Современная терапия в психиатрии и неврологии.- 2011. - №2.- С.20-25.
126. Старичков, Д.А. Современные проблемы адаптации больных шизофренией / Д.А. Старичков, В.Л. Дресвянников, А.А. Овчинников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2009. - №3(54). - С.17-20.
127. Стентон, Г. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / Г. Стентон; – М.: Практика, 1999.- 459с.
128. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении стойчивого (интенсивного) лечения в сообществе. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Степанова Ольга Николаевна - М., 2009.- 20с.
129. Тептин, С.Е. Медико-социальная характеристика пациентов отделения сестринского ухода / С.Е. Тептин, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2019. - № 1. - С. 74-82.
130. Тер-Исраелян, А.Ю. Некоторые организационно-социологические аспекты совершенствования оказания психиатрической помощи больным / А.Ю. Тер-Исраелян, Т.Е. Евдокимова, А.В. Коровяков // Вестник последипломного медицинского образования. 2020. № 2. С. 37-43.
131. Ткачев, Д.Ю. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра со сверхчастыми госпитализациями и ее сравнительная эффективность / Д.Ю. Ткачев, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2011. - т.21, №4.- С .47-50.
132. Ткачев, Д.Ю. Этап сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль клинко-психопатологических и социальных факторов) / Д.Ю. Ткачев, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия.- 2010.- №2.- С.19-25.
133. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Уткин Александр Александрович - М., 2009.- 24с.
134. Уткин, А.А. Инновационная форма психосоциальной терапии и реабилитации «жилье с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями / А.А. Уткин // Социальная и клиническая психиатрия.- 2009.-т.19, №3.- С.20-23.
135. Ушаков, Ю.В. К проблеме оптимизации терапии труднокурабельных больных параноидной шизофренией (сочетание психофармакотерапии с психообразовательными программами) / Ю.В. Ушаков, С.Н. Мосолов, Л.А. Бурыгина // Современная терапия в психиатрии и неврологии.- 2012.-№2.- С.32-35.

136. Филашихин В.В. Социально-демографические и клинико-психопатологические аспекты обращаемости в частные психиатрические учреждения. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Филашихин Вячеслав Вячеславович - М., 2012.- 22с.
137. Филашихин, В.В. Структура обращаемости больных с психическими расстройствами в частную психиатрическую службу / В.В. Филашихин, А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.- 2010.- т.12, №2. - С.4-8.
138. Флейс, Дж. Статистические методы для изучения таблиц долей и пропорций: пер. с англ. / под ред. и с предисл. Ю.Н. Благовещенского / Дж. Флейс; - М: Финансы и статистика, 1989.- 319 с.: ил.
139. Фурсов, Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении / Б.Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия.- 2012.- №4.- С. 91-100.
140. Харо, Дж.М. Ремиссии и рецидивы у амбулаторных больных шизофренией: 3-летние результаты исследования исходов у амбулаторных пациентов (SOHO) / Дж.М. Харо, Д. Новик, Д. Саурез, Дж. Алонсо, Дж.Лепин, М. Ратклифф // Социальная и клиническая психиатрия.- 2006.- т.16, №4.- С.61-69.
141. Холмогорова, А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Далныкова, М.В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 9–21.
142. Хритинин, Д.Ф. Влияние психической болезни на семейное окружение пациента (результаты социологического опроса) / Д.Ф. Хритинин, М.А. Некрасов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. - т.113, №9. - С.75-78.
143. Худякова, Ю.Ю. Взаимосвязь мотивационных склонностей с проявлениями агрессивности у больных параноидной шизофренией /Ю.Ю. Худякова // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2014. – т. XLVI, вып. 3. – С. 99-103.
144. Целищев, Д.В. Качество жизни пациентов с психическими расстройствами, получающих лечение в амбулаторных условиях / Д.В. Целищев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. Т. 32, № 3. - С. 44-48.
145. Целищев, Д.В. Медико-социальные характеристики пациентов с инвалидностью вследствие психических расстройств на этапе первичной специализированной медико-санитарной помощи / Д.В. Целищев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2023. Т. 33, № 2. - С. 33-41.
146. Цыганок, Л.А. Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы /Л.А. Цыганок // Независимый психиатрический журнал.- 2007.- №3.- С.64-74.
147. Чуркин, А.А. О состоянии психиатрической службы в Российской Федерации в 2011 году / под редакцией доктора медицинских наук, профессора Ястребова В.С.: Аналитический обзор / А.А. Чуркин, Б.А. Казаковцев, Н.А. Творогова, Т.А. Николаева, Н.К. Демчева. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. – 56с.

148. Чуркин, А.А. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году / Под редакцией доктора медицинских наук, профессора Ястребова В.С.: Аналитический обзор / А.А. Чуркин, Б.А. Казаковцев, Н.А. Творогова, Т.А. Николаева. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. – 43с.
149. Шаповалова, М.А. Анализ потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи / М.А. Шаповалова, А.С. Абдуллаева, М.Е. Левин // Медицинский журнал. 2024. № 4 (90). С. 98-108
150. Шаповалова, М.А. Организационно-управленческая модель совершенствования механизмов оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи / М.А. Шаповалова, М.Е. Левин, А.С. Абдуллаева // Медицинский вестник МВД. 2024. Т. 129. № 2 (129). С. 84-87.
151. Шаповалова, М.А. Социально-медицинский профиль населения в вопросах организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи / М.А. Шаповалова, М.Е. Левин, Ю.П. Бойко, А.С. Абдуллаева // Известия Российской военно-медицинской академии. 2023. Т. 42. № 3. С. 229-235.
152. Шашкова, Н.Г. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике / Н.Г. Шашкова, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. - Т. 29. № 1. - С. 24-31.
153. Шеллер, А.Д., Современные методы работы реабилитационного дневного стационара психиатрической клиники / А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова, Н.В. Бервинова, Ю.В. Лычкова, С.П. Шмидт // Социальная и клиническая психиатрия. - 2014. - т.24, №2. - С.24-28.
154. Шмуклер, А.Б. Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости / А.Б. Шмуклер // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2012. - т.14, №5. - С.4-11.
155. Ястребов, В.С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В.С. Ястребов, В.Г. Митихин, Т.А. Солохина, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - т.108, №6. - С.4-10.
156. Ястребов, В.С. Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект (по данным зарубежных исследований 2000-2010 гг.) / В.С. Ястребов, И.А. Митихина, В.Г. Митихин, Л.С. Шевченко, Т.А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2012. - т.112, №2. - С.4-13.
157. Ястребов, В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. - т.105, №11. - С.50-54.
158. Ястребов, В.С. Современная система психиатрической помощи в России / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко // Доктор.ру. – М.: Некоммерческое партнерство содействия развитию системы здравоохранения и медицины "Русмедикал групп", 2008. - №4. - С.55-58.
159. Ястребов, В.С. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С.

Шевченко, В.Г. Митихин, Н.А. Творогова, Т.Л. Харькова //Социальная и клиническая психиатрия.-2009.-т.19, №4.-с.21-28.

160. Addington, J. Social cognition mediates illness-related and cognitive influences on social function in patients with schizophrenia-spectrum disorders / J. Addington, T. A. Girard, B. K. Christensen, D. Addington // Journal of Psychiatry and Neuroscience. - 2010. - Vol. 35, no. 1. - P. 49-54.

161. Addington, J. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5-year follow-up / J. Addington, D. Addington // Sch. Res. - 2000. -Vol. 44. - P. 47–56.

162. Addington, J. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis / J. Addington, H. Saeedi, D. Addington // Br. J. Psych. - 2006. - Vol. 189. - P. 373–378.

163. Addington, D. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale / D. Addington, J. Addington, E. Maticka-Tyndale // British Journal of Psychiatry. – 1993. - Vol.163. - P.39–44.

164. Amagasa, T. Social life improvement by social skills training (SST)~ intervention with a view to neurocognitive function impairment / T. Amagasa // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 2013. - Vol. 115(4). - P 399-405.

165. Andreasen, N.C. Assessment issues and the cost of shizophrenia /N.C. Andreasen // Shizophr. Bull. - 1991. - Vol. 17. - P. 475–481.

166. Bachrach, L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? /L.L. Bachrach // Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Vol. 102. - P. 6–10.

167. Barch, D.M. The relationships among cognition, motivation and emotion in schizophrenia: How little we know / D.M. Barch // Schizophr. Bull. - 2005. - Vol. 31. P. 875–881.

168. Barch, D.M. Intrinsic motivation in schizophrenia: Relationships to cognitive function, depression, anxiety and personality / D.M. Barch, N. Yodkovik, H. Sypher-Locke, M. Hanewinkel // J. Abnorm. Psychol. - 2008. - Vol. 117. - P. 776–787.

169. Bartholomeusz, C.F. Interventions targeting social and vocational dysfunction in individuals with a schizophrenia spectrum disorder / C. F. Bartholomeusz, E. Killackey, A. Thompson // Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders. – 2011 - Vol. 3. – P. 1-9.

170. Bell, M. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia / M. Bell, H.W. Tsang, T.C. Greig, G.J. Bryson // Schizophr. Bull. - 2009. - Vol. 35. - P. 738–747.

171. Bertrand, M.C. Social cognitive impairments in first episode psychosis / M.C. Bertrand, H. Sutton, A.M. Achim, A.K. Malla, M. Lepage // Schizophrenia Research. – 2007. - Vol. 95, no. 1-3. - P. 124-133.

172. Bilder, R.M. Symptomatic and neuropsychological components of defect states / R.M. Bilder, S. Mukherjee, R.O. Rieder, A.K. Pandurangi // Schizophr. Bull. - 1985. - Vol.11. - P. 409–417.

173. Blanchard, J.J. Anhedonia, Positive and Negative Affect, and Social Functioning in Schizophrenia / J.J. Blanchard, K.T. Mueser, A.S. Bellack // Sch. Bull. - 1998. - Vol. 24, N 3. - P. 413–424.

174. Boydell, K.M. Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A biopsychosocial understanding / K.M. Boydell, B.M. Gladstone, T. Volpe // *Psychiatr. Rehab. J.* - 2003. - Vol. 26. - P. 422–426.
175. Brekke, J.S. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia / J.S. Brekke, M. Hoe, J. Long // *Schizophr. Bull.* - 2007. - Vol. 33, N 5. P. 1247–1256.
176. Burns, T. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies / T. Burns, D. Patrick // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2007. - Vol. 116, N 6. - P. 403–418.
177. Choi, J. Motivation Inventory (IMI): an adapted scale for schizophrenia research / J. Choi, T. Mogami, A. Medalia // *Schizophr. Bull.* - 2009. - Vol. 36(5). – P. 966-976.
178. Corrigan, P.W. Toward an integrative, structural model of psychiatric rehabilitation / P.W. Corrigan // *Psychiatr. Rehab. J.* - 2003. - Vol. 26, N 4. - P. 346–358.
179. Corrigan, P.W. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability / P.W. Corrigan, S.G. McCracken, E.P. Holmes // *Community Mental Health J.* - 2001. - Vol. 37, N 2. - P. 113–122.
180. Couture, S. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review / S. Couture, D.L. Penn, D.L. Roberts // *Schizophr. Bull.* - 2006. . Vol. 32. - P. 44–63.
181. Dixon, L. The 2009 Schizophrenia PORT psychosocial treatments recommendations and summary statement / L. Dixon, F. Dickerson, A. Bellack // *Schizophr. Bull.* - 2010. - Vol. 36, N 1. - P. 48–70.
182. Fiszdon, J.M. Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status / J.M. Fiszdon, J.R. Fanning, J.K. Johannesen JK // *Psychiatry Res.* – 2013. - Vol. 205(1-2). - P 25-29.
183. Fleischhacker, W.W. Factors influencing compliance in schizophrenia patients / W.W. Fleischhacker, M.A. Oehl, M. Hummer // *J Clin Psychiatry.* – 2003 - Vol.64 – P. 10–13.
184. Gard, D.E. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia / D.E. Gard, M. Fisher, C. Garrett // *Schizophr. Res.* - 2009. - Vol. 115, N 1. - P. 74–81.
185. Glynn, S.M. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles / S.M. Glynn, A.N. Cohen, L.B. Dixon, N. Niv // *Schizophr. Bull.* - 2006. - Vol. 32, N 3. - P. 451–463.
186. Goodman, M. Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female spring / M. Goodman // *J Pers Disord.* - 2010. - Vol. 24(2) - P. 204-216.
187. Graeber, D.A. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders / D.A. Graeber, T.B. Moyers, G. Griffith // *Comm. Mental Health J.* -2003. - Vol. 39, N 3. - P. 189–202.
188. Green, M.F. Social cognition in schizophrenia / M.F. Green, W.P. Horan // *Curr. Direct. Psychol. Sci.* - 2010. - Vol. 19. - P. 243–248.

189. Green, M.F. Social cognition in schizophrenia: an NIMH Workshop on definitions, assessment, and research opportunities / M.F. Green, D.L. Penn, R. Bentall // *Schizophr. Bull.* – 2008 - Vol. 34(6). – P. 1211-1220.
190. Guaiana, G. Negative symptoms and not cognition predict social functioning among patients with schizophrenia / G. Guaiana, P. Tyson, K. Roberts, A. Mortimer // *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie.* - 2007. - Vol. 158, N 1. - P. 25–31.
191. Harvey, P.D. Social Cognition. The Key Factor Predicting Social Outcome in People with Schizophrenia? / P.D. Harvey, D. Penn // *Psychiatry (Edgmont).* - 2010. - Vol. 7, N 2. - P. 41–44.
192. Hogarty, G.E. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior / G.E. Hogarty, S. Flesher, R. Ulrich // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2004. - Vol. 61. - P. 866–876.
193. Griner, J. Subjective experience and quality of life in schizophrenia/ J. Griner., E. Ibanez, S.Cervera // *Actas Esp Psiquiatr.* – 2001. - Vol. 29 (4). – P. 233–242.
194. Karow, A. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia / A. Karow, S. Moritz, M.Lambert // *Psychopathology.* – 2005 - Vol. 38(6). – P. 320–326.
195. Kern, R.S. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia / R.S. Kern, S.M. Glynn, W.P. Horan, S.R. Marder // *Schizophr. Bull.* - 2009. - Vol. 35. - P. 347–361.
196. Kurtz, M.M. Symptoms Versus Neurocognitive Test Performance as Predictors of Psychosocial Status in Schizophrenia: A 1- and 4-Year Prospective Study / M.M. Kurtz, P.J. Moberg, J.D. Ragland // *Sch. Bull.* - 2005. - Vol. 31, N 1. - P. 167–174.
197. Lysaker, P.H. Social cognition and metacognition in schizophrenia: evidence of their independence and linkage with outcomes / P.H. Lysaker, A. Gumley, B. Luedtke // *Acta Psychiatr Scand.* – 2013. - Vol.127(3). - PP 239-247.
198. Marshall, M. Systematic review of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care / M. Marshall, R. Crownther, A. Almaraz-Serrano // *Health Technol. Asses.* - 2001. - Vol. 21, N 2. - P. 1–75.
199. Mazza, M. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? / M. Mazza, G. Lucc, F. Pacitti // *Neuropsychol. Rehab.* - 2010. - Vol. 20, N 5.- P. 675–703.
200. Mehl, S. Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders / S. Mehl, W. Rief, K. Mink // *Psychiatr. Res.* - 2010. - Vol. 178. - P. 276–283.
201. Morosini, P.L. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-4. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* - 2000. - Vol. 101. - P. 323–329.
202. Nakagami, E. The prospective relationships among intrinsic motivation, neurocognition, and community functioning in schizophrenia / E. Nakagami, M. Hoe, J.S. Brekke // *Schizophr. Bull.* – 2010. - Vol. 36(5). - P. 935–948.

203. Nakagami, E. 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. - P. 95–104.
204. Norman, R.M. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale / R.M. Norman, A.K. Malla // *Acta Psychiatr Scand.* - 2000. - Vol. 102(4). - P. 303–309.
205. Penn, D.L. Social cognition and social functioning in schizophrenia / D.L. Penn, D. Combs // *Social cognition and schizophrenia.* - 2009. - Vol. 1. - P. 13-24.
206. Pinkham, A.E. Neurocognitive and social cognitive predictors of inter-personal skill in schizophrenia / A.E. Pinkham, D.L. Penn // *Psychiatr. Res.* - 2006. - Vol. 143. - P. 167–178.
207. Ritsner, M. Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study / M. Ritsner, R. Kurs, A. Gibel // *J Clin Psychiatry.* - 2003. - Vol. 64. - P. 308–315.
208. Roberts, D.L. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study / D.L. Roberts, D.L. Penn // *Psychiatr. Res.* 2009. - Vol. 166. P. 141–147.
209. Roberts, D.L. Transportability and feasibility of social cognition and interaction training (SCIT) in community settings / D.L. Roberts, D.L. Penn, D. Labate // *Behav. Cogn. Psychother.* - 2010. - Vol. 38. P. 35–47.
210. Roncone, R. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? / R. Roncone, R.H. Falloon, M. Mazza // *Psychopathology.* - 2002. - Vol. 35. - P. 280–288.
211. Rosen, B. The prediction of rehospitalization: the relationship between age of first psychiatric treatment contact, marital status and premorbid asocial adjustment / B. Rosen, D.F. Klein // *J. Nev. Ment. Dis.* - 1971. - Vol. 152(1). - P. 17–22.
212. Rosenheck, R. Barriers to employment for people with schizophrenia / R. Rosenheck, D. Leslie, R. Keefe // *Am. J. Psychiatry.* - 2006. - Vol. 163. P. 411–417.
213. Schmand, B. Cognitive disorders and negative symptoms as correlates of motivational deficits in psychotic patients / B. Schmand, T. Kuipers, M. Van der Gaag // *Psychol. Med.* - 1994. - Vol. 24. - P. 869–884.
214. Sellwood, W. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion / W. Sellwood, N. Tarrier, J. Quinn // *Psychol Med.* - 2003. - Vol. 33. - P. 91–96.
215. Silverstein, S.M. Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia / S.M. Silverstein // *Schizophr. Bull.* - 2010. - Vol. 36 (5). - P. 949-956.
216. Sovani, A. Effects of psychosocial interventions on motor speed and accuracy of chronic positive, negative, and mixed symptom schizophrenics / A. Sovani, S. Thatte // *Int. J. Soc. Psychiatry.* - 1998. - Vol. 44, N 2. - P. 117–126.
217. Sullivan, R.J. Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism / R.J. Sullivan, J.S. Allen // *Acta Psych. Scand.* - 1999. - Vol. 99. - P. 148–154.

218. Talarowska-Bogusz, M. Causes and consequences of frequent hospitalizations among schizophrenic patients / M. Talarowska-Bogusz, A. Florkowski, K. Zboralski // *Pol. Merkur. Lekarski.* - 2008. - Vol. 24, N 140. - P. 101–105.
219. Thompson, E.E. Length of stay, referral to aftercare, and psychiatric rehospitalization among psychiatric inpatients / E.E. Thompson, H.W. Neighbors, C.M. Munday // *Psychiatr. Serv.* - 2003. - Vol. 54. - P. 1271–1276.
220. Vesterager, L. Cognitive training plus a comprehensive psychosocial programme (OPUS) versus the comprehensive psychosocial programme alone for patients with first-episode schizophrenia (the NEUROCOM trial): a study protocol for a centrally randomised, observer-blinded multicentre clinical trial / L. Vesterager, T.T. Christensen, B.B. Olsen // *Trials.* – 2011. - Vol. 12(1). – P. 35-45.

Публикации автора

221. **Гончаренко, С.Н.** Клинико-социальные аспекты добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // *Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии.* - Екатеринбург: УГМУ. - 2014.- №1(2). - С.6-15.
222. **Гончаренко, С.Н.** Анализ случаев добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией не обусловленных клиническими показаниями / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // *Материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии».* – Саратов. - 2014.- С.351-352.
223. **Гончаренко, С.Н.** Обоснование альтернативных форм курации больных шизофренией на основе анализа психопатологических и социальных коррелят их добровольной госпитализации / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // *Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием на тему: «Современные пути развития психиатрии».* – Тула: ТулГУ. - 2014. – С.48-50.
224. **Гончаренко, С.Н.** Оценка клинической обоснованности стационарирования больных параноидной шизофренией в условиях деинституализации психиатрической службы / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?».* - Санкт-Петербург. - 2014. – С.208-210.
225. **Гончаренко, С.Н.** Влияние коморбидных расстройств на формирование мотивов добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // *Материалы Научно-практической конференции с международным участием «Проблемы коморбидности у больных шизофренией».* - Томск: «Иван Федоров». - 2014. – С.128-132.
226. **Гончаренко, С.Н.** Анализ мотивов добровольной госпитализации больных шизофренией в фокусе деинституциональных реформ психиатрии / С.Н.

Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Научно-практической конференции «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии в современных условиях (Достижения. Проблемы. Перспективы)». - Орехово-Зуево: Издательский дом «Серебро Слов». - 2014. – С.36-40.

227. **Гончаренко, С.Н.** Психопатологические и социально-психологические мотивы добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Сборник статей Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств». – Барнаул. - 2014. – С.338-340.

228. **Гончаренко, С.Н.** Мотивы добровольной госпитализации пациентов с параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Научно-практической конференции, посвященной 120-летию Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева «Клинико-организационные и социальные вопросы психиатрии». - М., 2014.– С.48-53.

229. **Гончаренко, С.Н.** Клинические и социальные показатели адаптации больных параноидной шизофренией в амбулаторном звене психиатрической помощи / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Российской научно-практической конференции «Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи».- Санкт-Петербург, 2014.– С.129-130.

230. **Гончаренко, С.Н.** Оценка соответствия клинических показателей уровню социальной адаптации больных параноидной шизофренией на основе психометрических и социометрических шкал / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Лечение психических расстройств: проблемы и возможности (фармакотерапевтические, психотерапевтические и организационные вопросы)».- Тула. - 2014. – С. 68-72.

231. **Гончаренко, С.Н.** Клинико-психологическая оценка уровня социального функционирования больных параноидной шизофренией в условиях полустационарного и амбулаторного режимов психиатрической помощи / С.Н. Гончаренко, Т.Д. Шевеленкова, М.А. Казанцева // Материалы Научно-практической конференции «Социальная интеграция психически больных (психиатрические, психологические и психотерапевтические аспекты). Арт-терапия в психиатрической практике».– М. - 2014. – С. 99-105.

232. **Гончаренко, С.Н.** Анализ клинических проявлений и уровня социальной адаптации больных параноидной шизофренией в условиях полустационарного режима психиатрической помощи / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии». – Саратов. - 2015. - С. 293-295.

233. **Гончаренко, С.Н.** Оценка социального функционирования больных параноидной шизофренией с депрессивным типом ремиссии / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Международной научно-практической

конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии».- Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА. - 2015. - С. 232-235.

234. **Гончаренко, С.Н.** Сравнительный анализ факторов, определяющих уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы 16 съезда психиатров России совместно с Всероссийской научно-практической конференцией с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы».- Казань. - 2015г. – С. 785-786.

235. **Гончаренко, С.Н.** Клиническая оценка влияния резидуальных психических расстройств на уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии».- Санкт-Петербург. - 2015г. С. 406-407.

236. **Гончаренко, С.Н.** Оценка влияния социальных факторов на формирование мотивации к добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений».- М.: РУДН. – 2015. - С. 530-534.

237. **Гончаренко, С.Н.** Определение клинико-социальных показаний для добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью / С.Н. Гончаренко, А.А. Шмилович // Материалы XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15–18 мая 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. - 2021. – С. 2190-2191.

238. **Гончаренко, С.Н.** Клинические аспекты социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии / С.Н. Гончаренко, А.А Шмилович. // Психическое здоровье. – 2015. - №10 (113). – С. 8-16.

239. **Гончаренко, С.Н.** Соотношение уровней социального функционирования и выраженности психопатологии у больных параноидной шизофренией в ремиссии / С.Н. Гончаренко, А.А Шмилович // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. - 116(3). - С. 10-14.

240. **Гончаренко, С.Н.** Психопатологические и социальные предикторы формирования мотивов добровольной госпитализации у больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А Шмилович // Российский психиатрический журнал. - 2016. - №3. - С.53-60.

241. **Гончаренко, С.Н.** Обзор исследований эффективности и безопасности применения препарата Тералиджен в психиатрической практике и общей медицине / С.Н. Гончаренко, А.А Шмилович // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2022. - Т. 122, № 6. - С. 55-62.

242. Чугунов, Д.А. Клинические и психометрические особенности когнитивных и негативных расстройств при шизофрении / Д.А. Чугунов, А.А. Шмилович, М.Р. Ларина, С.Н. Гончаренко, Т.В. Моисеева, Е.С. Ряузова, Е.В. Федорова, А.А. Букиннич // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2024. - Т. 124, №4. вып. 2. – С.44–51.
243. Гончаренко, С.Н. Обоснованность стационарного лечения и организация медицинской помощи больным параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью / С.Н. Гончаренко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 3. – С. 100-107.
244. Гончаренко, С.Н. Разработка мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью / С.Н. Гончаренко // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2024. – Т.21, №2 - С 19-25 .
245. Chugunov, D.A. Clinical and Psychometric Features of Cognitive and Negative Disorders in Schizophrenia /D.A. Chugunov, A.A. Shmilovich, M.R. Larina, S.N. Goncharenko, T.V. Moiseeva, E.S. Ryauzova, E.V. Fedorova, A.A. Bukinich // Neuroscience and Behavioral Physiology, Vol. 54, No. 6, July, 2024. DOI 10.1007/s11055-024-01688-6. Translated from Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova, Vol. 124, No. 4, Iss. 2, pp. 64–71, April, 2024. Original article submitted March 2, 2024. Accepted March 7, 2024.
246. Гончаренко, С.Н. Разработка мероприятий по совершенствованию медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / С.Н. Гончаренко, А.А Шмилович. // Доктор.ру. - 2024. – Т.23, №7 - С 63-70.
247. Гончаренко, С.Н. Тренинг социальных навыков в структуре психосоциальной помощи больным параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью /С.Н. Гончаренко // Медицинский алфавит. 2026; (2): 62–65. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-2-62-65>.
248. Гончаренко, С.Н. Модели когнитивной реабилитации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за стационарной психиатрической помощью / С.Н. Гончаренко Э.Л. Казанцева, Л.А. Краснослободцева, А.А. Шмилович // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2026. - Т28, №3. С. 34-38.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Справки о внедрении результатов диссертационного исследования


 Главный врач
 ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»,
 д.м.н., профессор Костюк Г.П.
 « 05 » апреля 2024 г.

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Гончаренко Сергею Николаевичу для предоставления в диссертационный Совет, свидетельствующая о том, что разработанные автором в диссертации «Клинико-социальные аспекты добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью» социально-реабилитационные мероприятия, базирующиеся на установленной структуре биопсихосоциальных факторов, влияющих на социальное функционирование больных параноидной шизофренией, позволили уменьшить число регоспитализаций и снизить уровень госпитализма со значительным экономическим эффектом.

Кроме того, проведение предлагаемой автором заблаговременной психосоциальной реабилитации, наравне с психофармакотерапией, позволило эффективно ассимилировать больных параноидной шизофренией в общество, ввиду наличия значительных ухудшений навыков социального функционирования у большинства больных еще в продромальном периоде течения шизофренического процесса, до экзoцeрбаций манифестного психоза и пролонгирующихся в клинически развернутой стадии заболевания.

В этой связи принципы определения величины реабилитационного потенциала больных параноидной шизофренией, опирающиеся на создание эффективного баланса между психической жизнью пациента и уровнем социального функционирования, направленного на восстановление и развитие утраченных при шизофрении или оказавшихся неполноценными навыков, знаний и умений внедрены в практическую деятельность *отделения медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях* Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»).

Зав. отделением



Бочкина Е.В.

«УТВЕРЖДАЮ»



Главный врач
ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ",
к.м.н. Бурыгина Л.А.

« 01 » апреля 2024 г.

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана ГОНЧАРЕНКО Сергею Николаевичу для предоставления в диссертационный Совет, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования «Клинико-социальные аспекты добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью», связанные с выявлением непсихопатологических мотивов обращения за психиатрической помощью больных параноидной шизофренией позволили начинать коррекцию этих состояний на более ранних этапах течения заболевания, что привело к снижению количества необоснованных госпитализаций и уменьшению суммарных показателей койко-дней пребывания данного контингента больных в психиатрическом стационаре.

Кроме того, полученные выводы позволили усовершенствовать систему вторичных психопрофилактических мероприятий, показанных больным параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью, а также включить в комплексное лечение этих больных психосоциальные реабилитационные интервенции, направленные на коррекцию непсихопатологических мотивов добровольной госпитализации.

Таким образом, вышеуказанные результаты и выводы диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность отделения медико-психологической помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы" (ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ").

Зав. отделением



Палин А.В.